

* فهرسة الجزء الثاني من وسائل الالتهاب *

صفحة

- المقالة الثانية في أمراض الجهاز الهضمي
 الفصل الاول في امراض الفم
 المبحث الاول في النزلة الفموية المعروفة بالالتهاب الذي يسمى الببسيطة
 أو النزلي
 ١٠ المبحث الثاني في الالتهاب الذي يسمى ذى الغشاء الكاذب المعروف
 بالقلع
 ١٢ المبحث الثالث في الالتهاب الذي يسمى الدفتيري أي الغشائي القشري
 المعروف ببقي الفم القشري أو تخرج اللمة الممتن
 ١٥ المبحث الرابع في تسخانات الفم وقروحها
 ١٩ المبحث الخامس في الآفات الزهرية الفموية
 ٢١ المبحث السادس في الآفات الاسكربوطية النسبية المعروفة بالخفر
 ٢٣ المبحث السابع في الالتهاب الذي يسمى القطري أو الفشلي المعروف
 بالموجيت عند الفرنسيين
 ٢٨ المبحث الثامن في التهاب اللسان
 ٣٢ المبحث التاسع في غنغرينا لثوم الضعفة المعروفة بانثوما بالسيرطان
 المسمى للثوم
 ٣٤ المبحث العاشر في التهاب السكفين وما جاورهما
 ٤٥ المبحث الحادي عشر في التهاب
 الفصل الثاني في امراض الحلق
 ٤٥ المبحث الاول في الالتهاب الذي يسمى بالتهاب الحلق
 النزلي
 ٥٢ المبحث الثاني في الالتهاب الذي يسمى ذى الغشاء الكاذب ويسمى
 بالذبحية البلعومية الغشائية
 ٥٤ المبحث الثالث في الالتهاب الذي يسمى الدفتيري أي الغشائي المقيمي
 ويسمى بالذبحية اللسانية والغنغرينية

- ٥٥ المبحث الرابع في الالتهاب الفلغموني الحلقى ويعرف ايضا بالتهاب
اللويزة وبالذبحجة الحلقية اللوزية
- ٥٩ المبحث الخامس في اصابات الحلق الزهرية وتعرف بالذبحجة
الزهرية
- ٦٢ المبحث السادس في المراجعات خلف البلعوم
- ٦٤ المبحث السابع في ذبحجة لودويج
- ٦٥ الفصل الثالث في امراض المري
المبحث الاول في الالتهاب لمروى ويعرف بعسر لاز راد الالتهاب
- ٦٩ المبحث الثانى في تضايق المري
- ٧٢ المبحث الثالث في عقد المري
- ٧٤ المبحث الرابع في اتولات الجديدة المرضية للمري
- ٧٦ المبحث الخامس في ثقب المري وعقزته
- ٧٧ المبحث السادس في الامراض العنيفة للمري
- ٧٩ الفصل الرابع في امراض المعدة
المبحث الاول في انزلة المعدة حمادة ي الالتهاب انزلى حماد للغشاء
الشايطى المعدى
- ١٠٤ المبحث الثانى في الزلله المعدية المرضية
- ١٢٠ المبحث الثالث في الالتهاب المعدى ذى الغشاء الكاذب والكاذبة
المبحث الرابع في التهاب المسوج الحلو وتحت الغشاء المخاطى
المعدى المعروف بالالتهاب المعدى لعلعمونى
- ١٢١ المبحث الخامس في الالتهاب الذى يعترى الغشاء المخاطى المعدى
عقب اثير الجواهر الكاوية والسمية وفى التغيرات التابعة له
- ١٢٤ المبحث السادس في القرحة المعدية المزمنة المعروفة بالمستديرة
وبالذاقبة
- ١٣٨ المبحث السابع في سرطان المعدة
- ١٤٧ المبحث الثامن في الانزفة المعدية

١٥٦ المبحث التاسع في التشخيص المعدي أو الالم المعدي العصبي

١٦٢ المبحث العاشر في الديدان المعوية

١٧٣ { الفصل الخامس في امراض القناة المعوية
المبحث الاول في التهاب الغشاء المخاطي المعوي الترتلي المعروف بالتهزلة المعوية

١٩٦ المبحث الثاني في القرحة الاثني عشرية الشافية

١٩٩ المبحث الثالث في تضايق القناة المعوية وانسداده

٢١٤ المبحث الرابع في الاصابة الخنازيرية والدرزبة للمعي والعدد المساريقية

٢٢٢ المبحث الخامس في سرطان القناة المعوية

٢٢٦ المبحث السادس في التهاب الفسوج الخيلوي المحيطي المعوي المعروف بالالتهاب القولوني الدائري أو المحيطي وبالتهاب المستقيم الدائري أو المحيطي أيضا

٢٢٨ المبحث السابع في التزيف المعوي والتددات الوعائية المعوية

٢٣٩ المبحث الثامن في الالام العصبية للمعي المعروف بالمعص المعوي

٢٤٦ المبحث التاسع (وطبع سهوا الفصل التاسع) في الديدان المعوية

٢٥٧ المبحث العاشر في الحمى المعدية وتسمى بالخاطبة والصقراوية

{ الفصل السادس في امراض البريتون اعني امراض الغشاء المتسبط للبطن

٢٦٣ { المبحث الاول في التهاب البريتوني

٢٧٩ المبحث الثاني في الاستسقاء البطني المعروف بلزق

٢٨٥ المبحث الثالث في درن البريتون وسرطان

في امراض الكبد والمسالك الصفراوية

٢٨٦ { فصل الاول في امراض الكبد

المبحث الاول في الاحتماز الكبدي

- ٢٩٧ في اثبات الكبد
- ٢٩٧ المبحث الثاني في اثبات الكبدى الجوهرى أو التقصى
- ٣٠٤ المبحث الثالث في اثبات الكبدى الخلوى المعروف بموز الكبد
والاستالة الخبيثة للكبد
- ٣١٨ المبحث الرابع في اثبات الكبدى الزهرى ويعرف بها للمعلم
رجنير بورم الكبد الزهرى
- ٣٢٠ المبحث الخامس في اثبات الوريدي الباب
- ٣٢٤ المبحث السادس في الاستحالة الشهمة للكبد
- ٣٣٠ المبحث السابع في الاستحالة الشوية للكبد
- ٣٣٣ المبحث الثامن في سرطان الكبد
- ٣٣٨ المبحث التاسع في وزن الكبد
- ٣٤٣ المبحث العاشر في الاورام البدائية الخاوية بالكبد المعروفة
بالاينكو كوله
- ٣٤٨ المبحث الحادى عشر في الاورام الصفراوية للكبد واليرقان المتعلق
به اى اليرقان الكبدى
- ٣٥٧ المبحث الثاني عشر في اليرقان الدموى اى غير المحسوب باحتباس
فى الصفراء المعروف باليرقان الكبدى
- ٣٦١ المبحث الثالث عشر في الصفراء الاصفراوية الكبدية
انفصل الثمنى من امراض المسالك الصفراوية
- ٣٦٩ المبحث الرابع في اثبات انزله المسالك الصفراوية المعروف باليرقان
المرى
- ٣٧٤ المبحث الخامس في اثبات انزله المسالك الصفراوية وانسدادها والتعدد
التابى اى

صحة

٣٧٧ المبحث الرابع في الحصوات الصفراوية وما ينتج عنها

} في امراض الطحال

٣٨٩ } المبحث الاول في احتمقان الطحال ونغوصه المعروف بورم الطحال الحاد

٣٩٥ المبحث الثاني في ضخامة الطحال المعروفة بالورم المزمن للطحال

٤٠١ المبحث الثالث في الاسهالة النشوية للطحال المعروفة بالطحال الدهني

٤٠٢ المبحث الرابع في السدد الدموية للطحال والتمابه

٤٠٧ المبحث الخامس في تدرون الطحال وتسرطنه والاكياس

الابكيه وكوكبه

٤٠٨ المبحث السادس في تحول الطحال واتقائه

} تذييل لامراض الطحال

٤٠٩ } المبحث الاول في الليكيميا الحقيقية والليكيميا الكاذبة اى لدم ذى

اللون الابيض اودى السكرات البيضاء

٤٢٠ المبحث الثاني في الميلايميا اعنى التلون الاسود للدم والدم المسمر

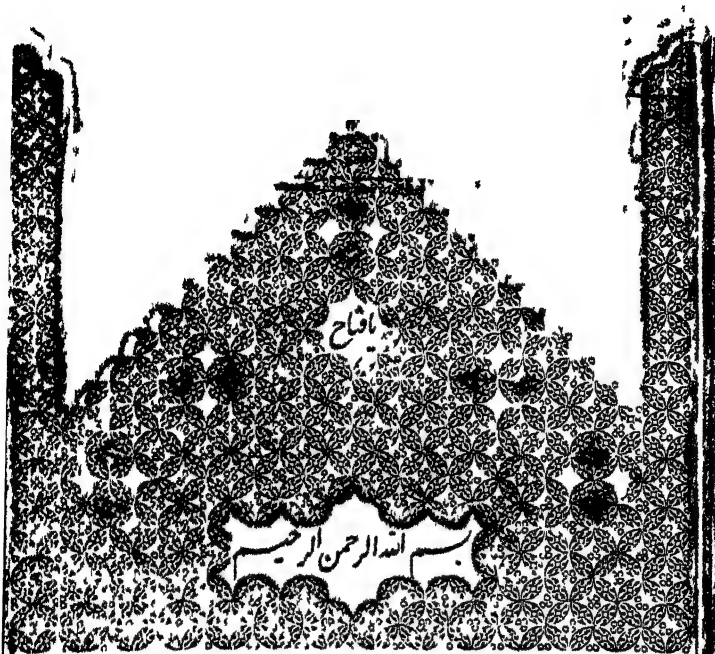
* (غث) *

بيان صواب الخطا الواقع في الجزء الثاني من وسائل الإيتماع

صواب	خطا	سطر	بحقيقة
ان تأثير	ان تأثير	٩	٢
وكاتنا العالجان	وكاتنا العالجان	١٩	٣
الكلورات (و قد تكرر)	الكلورات	١٧	١٨
ويندر	والغالب	١٢	٢٤
بان منشأ	بان منشأ	٢٥	٤٢
مرض	مرض	٦	٤٦
المواد	المواد	٢٣	٤٨
انتقانا	الانتقانا	١١	٥٧
بهبوط	بهبوط	٥	٨٨
والبلعوم	والبلعوم	١٩	١٢٣
ذات	ذا	١٩	٢٣٢
باحتماس	احتماس	٢٧	٣٥٧
الثلاثة	الثلاث	١٧	٣٦٨

(تم)

الجزء الثاني من وسائل الإهتمام في الطب الباطن في
والعلاج تأليف الطبيب الحاذق الرئيس
الدكتور حضرة عزتو سالم
سالم بن عامر - لم يلم الأمراض
الباطنية بالمدرسة
التيمة الطبية
المصرية



(المقالة الثانية في امراض البلها از الهضمي)

• (الفصل الاول في امراض الفم) •

(المبحث الاول في النزلة القمية) المعروفة بالالتهاب القمي البسيط او النزلي

• (كيفية الظهور والاسباب) •

الغشاء المخاطي القمي اكثر عرضة للمؤثرات المحدثه لالتهاب نزلي في الأغشية المخاطية ولذا كانت النزلة القمية كثيرة الحصول ومع ذلك فلم تطلق كلمة نزلة قمية على تغيرات الغشاء المخاطي القمي المماثلة لتغيرات ما سواه من الأغشية المخاطية الا من مدة قريبة ومن المستغرب ان لتأثير البعد في الجلد الذي كثيرا ما يعقبه التهابات نزلية في أغشية مخاطية اخرى يكاد لا يعقب بالتهاب نزلي في

والمؤثرات المضره المحدثه للنزلة السمية هي

اولا المهيجات التي تؤثر بدون واسطة في الغشاء المخاطي القمي كبيت الاسنان فانه كثيرا ما يكون سببا للحصول لالتهاب القمي النزلي باشكاله الثقيلة جدا وكثرة حوا في الاسنان وقروحها وجروح الفم والاغذية الحارة والباردة جدا او ذات الخواص الكيماوية الشديدة وشرب التبغ او مضغه

وكاستعمال الاستحضارات الزبقية وذلك ليس بدالك اللثة بالمرهم الزبقى
او تعاطى هذه الاستحضارات من القم سائلة او مسحوقة فقط بل كذلك بالدلك
بالمرهم الزبقى على سطح الجلد وتعاطى الحبوب الزبقية ايضا وان احكم
تغليظها وسبب ذلك ان الزبق الذى يمتصه الجلد او القناة المعوية يفرز
في باطن القم من الغدد اللعابية فيصعد تهيجالا واسطيا في الغشاء المخاطى
القمى وكثيرا ما يحدث الالتهاب القمى الزبقى عقب تعاطى كمية قليلة من
هذا الجوهر وعلة ذلك ان المواد الزبقية المزودة مع الاعاب تمتص في الموى
ويتكرر تردها في القم قبل ان تنفذ خارج الجسم وعلى كل حال
فدرجة تأثر القم بالاستحضارات الزبقية تختلف باختلاف الاشخاص
فيكون الالتهاب القمى عند بعضهم سريع الحصول وبطيئ عند آخرين
كما ان الالتهاب الجلدى السطحي الذى ستعرفه بالاجزىما الزبقية كذلك
سريع الحصول عند اشخاص عقب استعمال الدلك بالمرهم الزبقى بطيئ
عند آخرين

وثانيا امتداد الالتهاب النزلى من الاغشية المخاطية للأعضاء المجاورة للقم الى
الغشاء المخاطى القمى بكروح الوجه والتهاباته خصوصا الحجرة الوجهية
فانها تضاعف بالنزلة القمية غالبا وهذا الالتهاب القمى النزلى القابض هو
السبب في اعتبار الحجرة الوجهية والذبحه البلعومية في الزمن الذى كانت
تعتبر فيه تغطية اللسان السمكة علامة قوية على فساد الهضم ظاهرتين
تابعين لاضطراب وفساد معدى دائما وكانا يعالجان بحسب ذلك الاعتبار
واما امتداد الالتهابات الانفية والشعبية النزلية الى الغشاء المخاطى القمى
فقايل الحصول واما اصطحاب النزلة المعديّة بالنزلة القمية حادة ومنمنة
فكثيرة الحصول فقد ظهر من مشاهدة الشهرير (يومون) عند مضاهاته العشاء
المخاطى المعدي في مريض (وهو القسيس مرتين السكنديارى) مصاب
بناصور معدى بالغشاء القمى ان تغيرات الاول تنفضى الى تغيرات مقابلة
هناى الثانى ويؤيد ذلك المشاهدات اليومية الآن الالتهاب المعدي النزلى
وان كان يصطبغ غالبا بنزلة قمية لا يطردها العكس يعنى ان كل نزلة قمية لا يبرم
من وجودها الحكم بوجود نزلة معدية

وثالثا ان الالتهاب القمى النزلى قد يكون غالبا عرضا لمرض بائى عموما فاما
الامراض العمومية الحادة التى كثيرا ما تصطبغ بتغيرات مخصوصة
نزلية فى الغشاء المخاطى القمى فهى التيفوس والقرمزية وسبب ان يان
ذلك عند الكلام على اعراض هذه الامراض واما الامراض البنية
المزمنة التى تنفض الى النزلة القمية والبلعومية بكثرة فهى الداء الزهري
والتسمم الرئوى وجميع الامراض الحمية يكاد أن يكون فيها اللسان مغطى
دائما بطبقة عارضية لكن لا يستتبط من ذلك ان كل حى تصطبغ بنزلة
قيمة

وقد تكون الاسباب المقمة لهذا المرض مجهولة فى كثير من الاحوال وذكر
المعلم (فيقر) ان هذا المرض قد ينشأ عن طول السهر وعن الانفعالات
الذهنية ومن الملاحظ استمرار النزلة القمية عند بعض الاشخاص استمرارا
مستعصيا عدة سنين بدون معرفة تأثير الاسباب المضرة

(الصفات التشريحية)

يسدر مشاهدة تغيرات الالتهاب القمى النزلى فى دوره الاول وانما يشاهد
فقط الغشاء المخاطى عقب تأثير مهيج شديد او نبت الانسان الشاق اجردا كما
جاذا ابتداء ثم يغطى فى دور الاضطراب بافراز متعكر لاختلاطه بخلايا
حديثة التكون ولا يشاهد الاجرار الشديد ولا الجفاف بالكلية اريشاهد
كل منهما وقتا عقب تأثير المهيجات القليلة الشدة او فى الالتهاب القمى
النزلى المضاعف للنزلة المعدية الحادة

ويحصل بسرعة انتفاخ فى الغشاء المخاطى والمنسوج الخلووى الذى تحته
وازداء افراز محتاط بكمية عظيمة من خلايا جديدة التكون والانتفاخ
يكثرت ظهوره فى حافى اللسان وباطن اللسان فىظهر اللسان عريضا بحيث
لا تسمع المسافة التى بين اللسان فىظهر على جوانبه انه مغطى بجانبه سطحية
و يكون كل من باطن اللسان واللثة واللسان مغطى بمادة مخاطية متعكرة
واكثر تراكم المادة المخاطية والخلايا الجديدة التكوين يكون على الحلمات
الخيطية فى نشاطا لاطا ومنح على سطح اللسان متفاوت السمك ويوجد فى النزلة
القمية المزمنة تغيرات شديدة بالتغيرات المذكورة غير ان انتفاخ الغشاء

المخاطي فيها يكون اكثر وضوحا وقد تشاهد تجويفات صغيرة تكسب اللحم الناحج
 على اللسان بل وعلى باطن الخدين والشفتين وسقف الحنك وهي عبارة عن
 اجزى مخاطية متفخمة وتكون اللثة خصوصا جزأها المحيط بالاسنان مغطاة
 بطبقة كثيفة من مادة مخاطية تخفيها مصفرة والحلمات الخيطية المستطيلة
 جسدا تظهر كأنها خيوط مبيضة فتكسب اللسان هيئة خملية او شعرية
 ويظهر بالبحث الميكروسكوبي ان معظم الظلاء اللساني في التزلة القسمية
 المزمنة متكون من خلايا بشرية محتوية على كرات شمعية ومادة حبيبية
 دقيقة ذات لون اسمر وكثيرا ما تكون متلاصقة به ضم على شكل صفائح
 مسمرة ويوجد في هذا الظلاء جزئيات خيطية وهي امتدادات بشرية
 مقطعة من الحلمات اللسانية الخيطية ينمو على كثير منها جزئيات فطرباني
 خيطي تكون بصيلة محبلة بالصفائح البشرية القرنية على شكل قشرة
 حبيبية كما يوجد فيه كرات شمعية وأهداب خيطية وبقايا غذائية منعقدة
 (الأعراض والسبر)

لانضيف للعلامات المدركة المذكورة سابقا الايسر ان الأعراض فنقول
 اما شكل التزلة القسمية الحادة الشديدة جدا فيوجد فيه ألم يحرق وتورق في الفم
 ولذا يبني الأطفال الضغط بأسنانهم على الحلققات المتخذة من العجاج او من
 جذور البنفسج التي تعطى لهم ليعضوا عليها تسهيل لثبات الاسنان
 ويكون عندهم الامساك القوي وعندهم ما يرون الرضاعة يتركون الثدي قهرا
 بتألم وصباح شديد وقد تحصل لهم في بعض الاحوال تشنجات (يبالغ في
 كثرتها العوام) تسمى تشنجات التسنين يمكن ان يهلكوا منها بدون ان
 يشاهد تغيرات في المراكز العصبية عند فتح الحفنة فينبذ تعتبر هذه التشنجات
 ظواهر عصبية انعكاسية بمعنى ان التهيج الشديد للأعصاب الحسية القسمية
 يسرى منها الى اعصاب الحركة بواسطة المراكز العصبية ولم يعلم هل حصول
 هذه الظواهر ناتج عن التزلة القسمية الحادة او عن التهيج اللاواسطي
 لأعصاب الحس الناتج عن اندفاع الاسنان وثقب اللثة براجع محبت
 الاكل بسا في الجزء الثاني
 واما شكل التزلة القسمية الحادة المتوسطة الشدة المتصفة بازدياد في الافراز

وتكون خليات جديدة بكمية تقشعكي المرضى فيه بطعم ردي في الشم يعبرون عنه غالباً بأنه مخاطي أو عجيني وهذا الطعم في الحقيقة ظاهرة عصبية حسية فان القسبيولوجيين لا يعترفون الا بوجود طعم مر أو حضي أو حلو أو ملحي والمرضى يحرص بوجود طبقة مخاطية ملامسة للغشاء المخاطي القمي فيجهد في قذفها بتكرار التقيؤ وحيث ان هناك طبقة صميكة بين الجوهر المذاق وبين الانتهاءات الدائرية لا عصاب الذوق فلا تتضح حسية الذوق الا بواسطة الجواهر القوية الطعم وغالباً تشكى المرضى بعدم نقاوة الطعم أو بقاؤه وبخض الجواهر الصلبة يحصل تحسين وقتي في طعم القم بسبب زوال الطلاء المخاطي للسطح الخاص بالذوق ومن المرضى من يشكى بمرارة في القسم والعوام يعتقدون ان هذه الظاهرة ناشئة عن انصباب الصفراء في المعدة حتى ان بعض الاطباء يزعم ان هناك حالة صفراوية معدية لان الطعم المرق أغلب الاحوال ليس الاعراض محسوسا للمريض غير ناتج من جواهر ذات طعم مر بل انه تنوع في حساسية الاعصاب الذوقية ولا يندر ان تشكى المرضى بطعم تنقي في القم وهذا التعبير بأباه القسبيولوجيون لانه غير حقيقي فان التنقي لا ينشأ عن تنبيه اعصاب الذوق بل عن تنبيه اعصاب الشم التي تكون تفرعاتها الدائرية في الطبقة المخاطية الانتقمية ملامسة للتصاعدات الغازية الانتقمية من الطبقة المتعصنة المغطية للسان والتافضة من الخياشيم فالطعم التنقي بل الرائحة المنتنة ليست فقط عرضاً محسوساً للمريض بل ان كثيراً من الاشخاص ممن يدرك هذا العرض في المريض خصوصاً وقت الصباح قبل الاكل ثم يزول بالاكل بمجرد ازدياد الطبقة البشرية المنتنة المتراكمة على اللسان والصداع الجبهي الذي يصاحب النزلة المعديّة بكمية يشك في وجوده في النزلة القمية البسيطة

ثم ان مجموع الاعراض المذكورة كثيراً ما توجد بدون تغيير في الهضم فان المرضى مع وجودها يحسسون غالباً بجوع اعتيادي لكنهم يميلون لتعطيل الاغذية الحمضية أو المالحة أو الافاويه التي تنبه الاعصاب الذوقية من خلال طبقة اللسان البشرية ولا يوجد غالباً علامة ما تدل على فساد المواد الغذائية اي عدم هضمها كما لا يوجد غيب الاكل احساس بضغط في القسم

الشراسيفي ولا تجشؤ ولا علامة من علامات فساد الهضم واضطرابه ومع ذلك فان كلامنا من تغطى اللسان نغطية ككثيفة ومراة الطعم وتتن القم ورائحته العفنة يحصل المريض على ان يظن ان عنده تكدر في الهضم فيستعمل المقيئات

واما التزلة القمية المزمنة الخفيفة كالتي تشاهد عند المدمنين على شرب التبغ فلا يحسن باعراضها المريض الا قليلا وذلك انه يوجد مع المرضى عند البقطة طعم عجيب في القم ورائحة متقنة تشا من تراكم الجزئيات البشرية فيه مدة الليل غير ان هذه الجزئيات تنفذ بالتختم بعد البقطة بقليل ولا تشتمل على المرضى بعد ذلك بشئ من هذه الظواهر ومع ذلك يميلون لاستعمال الاغذية الحريفة اكثر من غيرها من الاغذية القليلة التخميه

واما الاحوال الثقيلة للزلة القمية المزمنة فتتأذى المرضى منها بكثره وذلك انهم يلتجئون في الصباح لكثرة التختم والبصاق وكشط اللسان وتظيف اللثة والاسنان من المواد المخاطية المتركة عليها بواسطة فرشاة (اوسواله مثلا) ويبقى طعم القم متغيرا طول النهار ورائحته الكريهة مسقرة وتشتمل على المرضى للطبيب بحالة تلبس مخاطي مستعص لم تؤثر فيه انواع المسهلات كحبوب اشترال وموريسون وشرب بعض المياه المعدنية ويقعون احبانا في حالة يوخندارية لكن بالتأمل يعرف ان تشكيم مخالف لحالة صحتهم العامة وبسؤال الطبيب يتحقق انه يمكنهم تحصيل جميع الاغذية حتى الصلبة الهضم فعلى الطبيب التفطن لمثل هذه الاحوال للوقوف عليها ومعالجتها بما يناسبها

(التشخيص)

لا ينبغي ان يلتبس علينا كطلاء المغطى للسان في الزلة القمية بالطلاء الذي يوجد على مؤخر اللسان عند كثير من الاصحاء خصوصا في الصباح فان هذا الاخير كما قاله المعلم مكييل ينشأ مدة الليل من مرور الهواء من الانف والخباشيم وتجذبه للاجزاء السائلة الموجودة في اجزاء القم المجاورة لتحصل مروره حتى ان جزئيات البشرة المخاطية التي تنفصل بالطبيعة على الدوام تجف وتكون طلاء ومخا على اللسان ويوجد كما قال الطبيب ندهرد في

رسالتهم التي القها مضادة لتوجيهه تغذية اللسان الطبيعية بهذه الكيفية
امور اخرى مهمة في كيفية حصوله وهي ان الطبقة البشرية المغذية لباطن
القوم واللسان يعتز بها تغلس مستقر ناشئ عن المؤثرات الميكانيكية التي تؤثر
على السطح الظاهر من هذا الغشاء المخاطي عند التكلم والمضغ ومن الواضح
ان تغلس الطبقة المذكورة يكون كثيرا الحصول بسرعة في الحال التي فيها
يلامس اللسان بكثرة الاجزاء المحيطة به في الامس بالجزء من سطحه العلوي
سقف الحنك عند كل تغير في اوضاعه كما ان حوافه تلامس باطن الاسنان
عند كل حركة واما اجزاء اللسان الخلفية التي يتكون عليها طلاء اللسان
الطبيعي غالبا فلا تلامس سقف الحنك الا عند حركات الازدواج ويستتبع
من ذلك من جهة ان الصفحات البشرية السطحية الكائنة على الاجزاء
المقدمة من اللسان تنفصل بسرعة انفصالاتا ومن جهة اخرى انها تنطرد
بسرعة بخلافها في قاعدة اللسان فانها تبقى ثابتة زمانا طويلا وعند انفصالها
لا تنطرد بسرعة سيما وان الامتدادات الحليمية تساعد على البقاء

ثم ان اللسان في كثير من الامراض الحليمية يكتب طلاءا مبيضا اكن لا ينشأ
غالبا عن تزايد في تكون خلايا جديدة كما في التورلة الفموية بل عن
تناقص الافرازات القمية بسبب تزايد الافرازات الجلدية بحيث ان الخلايا
البشرية تقل ويظهر بها زوايا قليلة في زيادة على ذلك ان المخرومين
يكونون فاقدين لشهيتهم فيقعون عن مضغ الجواهر الصلبة التي بها يسهل
تنظيف الاخمية البشرية المكونة هذا الطلاء فكما ان الغشاء المنوي
ذوي الجلد القمل يوجد عندهم تغلسات في البشرة وقشور بدنية ان يكون
هذا ناتجا عن ازدياد تكوين هذه الاخمية البشرية انما هو ما عن سطح
الجلد كذلك يشاهد في الاحوال الحليمية انتشار الخلايا اسامية القرنية
وانفصال الطبقة البشرية القمية يدرك ان يكون ذلك ناتجا عن زيادة تكوينها
وانفصالها ومما يمنع التماس الطلاء اللساني في التورلة الفموية بطء في
الامراض الحليمية كون الغشاء المخاطي القمي في التورلة الفموية انقناخ
ورخاوة عكس ما في الامراض الحليمية فان اللسان فيها يكون دائما متقابلا
قد يكون مديسا والقوم جافا والمرضى تشك في اوجعهم في ابدوسهم في تيمير

٩
النزلة القلبية المجردة عن المصعوبة بنزلة معدنية في الفصل الثالث من المبحث
الاول

(الحكم على العاقبة)

الالتهاب القمعي النزلي جيد العاقبة وليس فيه ادنى خطر على الحياة الا اذا
كان مصحوباً بالتشنجات عند التشنين ولو كان تعلقها به مشكوكاً فيه واما
النزلة القلبية المزمنة فعاقبتها اقل جودة من حادثة من عدم راحة المريض
واسهوها عنها على المعالجة ومع ذلك قد تزول بالمعالجة المستعجلة وامثال
المريض مع الصبر الجميل

(المعالجة)

اما المعالجة المبينة على معرفة الاسباب فلا يتيسر اجراؤها في كل حال فان شق
المنة الموصى به في التشنين الشاق مشكوك في نفعه بل ربما كان مضر اذ ان
الشقوق الصغيرة قد تلتب عقب فعلها فتكون سبباً في تفاقم النزلة القلبية
واما الاسنان ذوات الخافة الحادة فينبغي ازالها واما الجروح القمية وقروح
الاسنان في الجان بما تفتضيه الصناعة واما شرب التبغ سيما في السجارات
الحارة فينبغي تركه وان كان لا بد من الشرب فينبغي ابداله بسجارات ذات
تبغ بارد في انعام او شحات طويلة وهو الاوفق وينبغي في النزلة القمية
الناشئة عن استعمال الاستحضارات الزبقية إيقاف استعمالها وازالة
جميع ما كان على سطح الجلد من المرهم الزبقى واما النزلة القمية التابعة
فتزول في الغالب عقب شفاء الجمة الوجهية او الذبحة البلعومية والنزلة
المعدية وسنذكر بعد أن هذه النزلة القمية لا تحتاج في كثير من الاحوال
لاستعمال المقتضيات كما هو الجارى عند كثير من اطباء في الطب العملي فان
ظهور اللسان بعد استعمال المقي تطيقا ظهورا وقتيا انما يحصل حولا
ميكانيكيا ولا يثبت به تحسین في النزلة القمية والمعدية واما النزلة القمية
الناشئة عن امراض بنية فتعالج بحسب المرض البني الذي هو اصلها
واما المعالجة الخاصة بالمرض نفسه فهي معالجة موضعية والشكل الذي
تناسبه المعالجة الموضعية هو الشكل المزمن من هذا المرض الذي يوجد دائماً
بنفسه مستعصياً عن الشفاء حتى بعد زوال الاسباب الناشئة هو عنها

الادوية المجرب استعمالها فيه مضغ قطع صغيرة من الراوند مضغاً بطينا ولا
تسبب منقعة في مثل هذه الاحوال لتأثيره في الغشاء المخاطي المعدي
اذ لا تشاهد هذه النتيجة عقب تعاطي الراوند مطلقا في حبوب وخرقة سملة
الذوبان

وانجح الادوية التي تستعمل في الشكل المزمن لهذا المرض المضمضة بمحلول
كربونات الصودا او شرب مياهها الطبيعية صباحا على الريق شربا ماصا وعلية
ذلك ان السكريونات القلوية من خواصها ان تقلل تماسك المواد الغشائية
وتذيبها فان لم تنجح هذه المعالجة فيستعمل بغاية النجاح من القم بمحلول
السليمانى المكون من قحمة الى اثنتين في دطل من الماء كما اوصى به المعلم (فيقر)
او محلول نترات الفضة قحمة على نصف اوقية من الماء كما اوصى به هنوخ
ومنافع هذين الجوهرين في التزلة القمية لا تتخالف المنافع التي تحصل عليها
في نزلات اغشية مخاطية اخرى

(المبحث الثانى)

(فى التهاب القمى ذى الغشاء الكاذب المعروف بالقلاع)

(كيفية الظهور والاسباب)

كثيرا ما يشاهد على الغشاء المخاطي القمى لطخ عديدة مبيضة مخاطية بهالة
محجرة على هيئة حويصلات سطحية تنفصل عما قبل ويحلها تسليخ سطحي
يشفى بيسمولة واغلب المؤلفين يعبر عن هذه الاصابة بالقلاع القمى مع ان هذا
اللفظ يطلق ايضا على غير هذا المرض من امراض القمى سيما التهاب القمى
التقرحى والغشائى وقد اثبت المعلم (بون) مرتكزا على عدة من المشاهدات
انه يوخز هذه النكت المبيضة ولو في دورها الابتدائى لا يخرج منها ادنى
سائل وحينئذ فلا تكون حويصلات بل تراكبات صلبة ناشئة عن مواد
ليفية منتضجة على سطح السائب من الغشاء المخاطي اسفل طبقة البشرية
وهذا التعبير وان كان واضحا موقفا لما ذكره كل من المعلم (روكتسكى)
(فورستين) الا اننا نرى من الاوفق تسمية هذا التغير المرضي بالالتهاب
القمى ذى الغشاء الكاذب مثل ما يطلق ذلك عليه عند اصابته لاغشية
مخاطية اخرى ولذا يسوغ تعريف القلاع بالالتهاب القمى ذى الغشاء

الكاذب القاصر على اصفار محدود ومن الغشاء المخاطي القسوي ويشاهد
القلاع في الاطفال رديئ التغذية وقت التسنين وهو اهم اسبابه وكثيرا
ما يصيب الحسبة وربما انتشر على شكل أوبية صغيرة فكانه سرى بالعدوى
وقد صاحب التهاب الفم التقرحي الغشائي

(الصفات التشريحية)

مجلس القلاع يكون غالبا في النصف المقدم من اللسان وعلى السطح الباطن
من الشفتين والشدين وسقف الحنك وشكله يكون مستديرا في حجم العدسة
كثير العدد ويكون امامه زلا ومختلطا وتنفصل تراكبه الغشائية
السجائية والبيضاء المصفرة من الدائرة فحو المركز تدريجا وحيث تصير الهالة
الحمراء أكثر عرضا وعند انفصال النضج انفصالا تاما لا يبقى تقرح بل مجرد
تسلخ وتلك الصفة خاصة بالالتهاب ذي الغشاء الكاذب وعيونه عن الدقيري
والصنبر المتسلخ بتغطي بسرعة بطبقة بشرية والقلاع لا يخافه ندبة التحامية
وربما اجزاء الغشاء المخاطي القسوي يكون مجلس الالتهاب نرلى مصحوب بنضج
مخاطي غزير وتكونات خلوية جديدة

(الاعراض والسير)

كثيرا ما يسبق بعدة ايام الطفح القلاعي بحمى وقلق وفقد شهية وعلامات
النزلة القمعية وهذا المرض يصطبغ بالآلام شديدة تزداد بالاكثر عند الرضاعة
او التكلم او المضغ والافراز مع ذلك يكون متزايدا ويزداد عظميا بحيث يسبب
من فم الاطفال المنفتح نصف انفتاح سائل صاف مصحوب برائحة كريهة
ناشئة عن فساد الاخلية البشرية المتراكمة ومواد النضج الالتهابي المتراكمة
في الفم سيما عند مضاعفة الالتهاب القمعي ذي الغشاء الكاذب بالدقيري
وقد يمتد هذا المرض جولة اسابيع عقب تزدده مرارا متكررة وعاقبة هذا
المرض في حد ذاته جميدة

(المعالجة)

قد اشتهر مع التحقيق كورور البوتاسا بأنه نوعي في هذا المرض فانه
بإستعماله في جميع الأحوال على هيئة محلول مائي (مركب من اربع قحاحات
الستة) في كل مرة تعطي للمريض يحصل تحسین واضح وان لم يحصل على

النتيجة المطلوبة باستعمال هذا الجوهر يلزم من الصلاح جعله ملحقاً
بالطعام الخفيف والجرجير الجفني

• (المبحث الثالث) •

في الالتهاب القمى الدقيرى أى الغشاقى القمى المعروف بنسبة
القمرى وتقرح القمى المنق

(كيفية الظهور والاسباب)

يحصل في هذا الالتهاب كآثر ناهى مراراً نضع ليد في جوهر الغشاء الخاطى
بجيت ان الجزء المريض من هذا الغشاء يمتد به تشكراً زغب الغشاء او عيته
بواسطة هذا النضج وبعد انفصال الخشك كرية المتكوفة التى تارة تكون
جافة وتارة رطبة يخلفه فقد جوهر

ثم ان الالتهاب القمى الدقيرى ينشأ عن استعمال المركبات الزئبقية استعمالاً
مفرطاً مستقراً وقد يحصل بدون سبب مدرك سيما عند ذوى المعيشة الرديئة
(من مطعموم وملبوس ومسكن) وهذا الشكل الأخير الذى هو كبر ما يحصل
بكيفية وبأنتية منتشرة خصوصاً فى ماوى الأقطار والبنامى وفى القشالات
وغیرها من الأماكن العامة وفى المعسكرات غير القادرة وبقتل غالبهم
بالعدوى

(الصفات التشريحية)

وفى الدرجات الخفيفة من الشكل الدقيرى من الالتهاب القمى الزئبقى
يوجد ابتداءً فى أصداف محدودة من القمى سيما على حافات اللسان والأجزاء
اللامسة للأسنان من الشدين والشفتين تلون مبيض أو مبيض ومخ
فى الغشاء الخاطى على شكل الطخيعى رازاتها ثم ان كلاً من طبقات هذا
الغشاء السطحية والنضج المرتفع فيها يتفصل فينشأ فى هذه الأصداف تقرحات
سطحية متغيرة اللون تنظف بطء ثم تلحم انما من حافات وفى الدرجات
الثقيلة من هذا المرض التى فيها يكون النضج مرتفعاً فى جميع طبقات
الغشاء الخاطى ومفسداً لها يستحيل السطح الباطن من انما فى امتداد
عظيم منه الى خشك كرية رخوة متغيرة اللون وعند انفصالها يظهر تقرح
عميق ذو حافات غير منتظم وقاع غير مستو وقد الجوهر لا يستعاض بالازرار

الحمية الايطه وحيث ان الغشاء المخاطي القامد لا يشكون ثانيا بل يحصل
محملة من منسوج خلوي ندي تبقى نديه مشرذمة ولا يسدران يختلف ذلك
التصافات غير طبيعية او انكروز كاذب

وفي الاحوال تن القم القرحى يتبدى غالباً الارشاح والثا كل في مقدم اللثة
وفي الاحوال الثقيلة يعتمد اللثة من مقدم اللثة الى سطحها الخلفي والارجاء
الملاسة من الشقين والشدين واللسان وغير ذلك وحينئذ تتخلل الاسنان
بل قد يشعرى صمغ اق عظم الفك ويتأكل في عقب ذلك احيا ناسوس وتتركز
في عظم الفك

(الاعراض والسير)

يصطبب الشكل الذي يبرى من الاتهاب القمى الزبقى بالام شديدة جدا
خصوصا عند انقصال الخشكر يشة وتكون قروح وهذه الام تزداد
جدا بالضعف والتكلم ازدياد الابطاق وانفراز كل من الغدد اللعابية والمخاطية
يزداد كذلك ازديادا عظيما ولا يكون للمريض قدرة على النوم فان الانفراز
ان لم يتوقف بصحوة البصاق يسيل في الخنجر فيحدث سعالا ونوب اختناق
وان كان المريض مضطجعا على احد جانبيه واستغرق في النوم استيقظ
بسرعة فيجد دواءه مبتلة بالعاب باردة والارجاء المجردة عن الخشكر يشات
والقروح تكون مغطاة بطبقة بيضاء مضمرة دهنية كاللسان واللثة لاسيما
حول الاسنان ويتصاعد من القم رائحة منقنة جدا ناتجة عن تعفن اجزاء
الغشاء المخاطي المنفصلة الواقعة في التسكرو وتكون تن القم تلجأ عن تحلل
رودان الباتسيوم الذي هو من العناصر الطبيعية المكونة للعاب وتكون
الادر وحين المكبرت النوشادري اهم مشكوك فيه وكل من الام
والسيلان من القم والرائحة المنقنة لايزول الا تدريجيا ولو انقطع استعمال
المركبات الزبقية بل وفي الاحوال الخفيفة لا بد وأن يمضي ثمانية ايام الى اربعة
عشر لاجل تحسين حالة المرضى وصبر رتمها مطاقا واما في الاحوال الثقيلة
فانه لا بد وأن يمضي زمن اكثر طولا من ذلك حتى تأخذ حالة المريض في الشفاء
بل قد يخاف ذلك اضطرابات مستمرة كما بينا ذلك في البحث السابق
ثم ان اللثة تكون في ابتداء هذا المرض طبقة الشرح (يون) ذات لون احمر

دا كن منتقخة انتفاخا عظيما بسبب الاحتقان الشديد و يظهر أنهم امنة مصله
عن الاسنان وتدهى بالقل لس وبعد استقرار هذا الدور يومين او اربعة يشاهد في
الحافة العليا منها الاسما حول الاسنان القواطع أو أضرار اس احدى الجهتين
طبقة سنجابية غشائية وبالبصت عن هذه الطبقة بالدقة التي هي عبارة عن
مادة فطرية يشاهد أنهم اليست موضوعة على اللثة بل ناشئة عن تشكرو وجود
اللثة نفسه وبعد انفصال هذه المادة الفطرية التي نعتبرها خشك يسهل
دقيرة خالفا لما قاله الملم (بون) يحصل فقد جوهري اللثة ويتكسر وهذا
الانفصال في كل من سطح هذا القروح ودائره ما دام المرض مستمرا حتى
تتلاشى حافة اللثة المحيطة بالاسنان بالكلية وتتخلل الاسنان العارية
وتحصل تمهكات اخرى كما سبق ذلك وتكون العقد اللثوية المجاورة
منتقخة مؤاسة وكل من الشدقين والشفتين في مسامحة الاجزاء المريضة
منتقخة انتفاخا وذيما وياوية تصاعد من القم رائحة رمية ويسيل من القم على
الدوام لعاب مدم وتضطرب حركة المضغ والشرب بالآلام شديدة وتحتاج
المرضى من غلق فيها فلا يتصرفون على تباعد الشفتين فقط بل هما والفقان
معا حتى لا يحصل ادنى تلامس ومن المستغرب عدم حصول اضطراب في
الحالة العامة الا قليلا وكذا الشهية وقد توجد الحى بقله او تفقد بالكلية ثم
ان هذا المرض يكاد يكون سيروا على الدوام جيدا بالمعالجة اللائقة فتتفصل
الخشك يشات الدقيرة وتلحم القروح المستخلفة عنهم في قليل من الزمن
واما ان اهل هذا المرض اول ما يلج بالمعالجة اللائقة فانه قد يستمر جملة اشهر
الا انه يندر ان يكون مهددا للحياة وان حصل انتهاء محزن فيكون ذلك ناشئا
عن مضاعفات اخرى

(المعالجة)

ينبغي للطبيب في الشكل الدقيرة من الاتهاب القمى الرقيق ان ينبه
المرضى على طول مدة مرضه لكي يستعمل كبادنه وذلك اجود من اتمام
الامر عليه لئلا يضيع عشمه من يوم لا آخر بسبب انتفاخه لاشفاء ثم يستعمل
تنظيف القسم بالمضامض المأخوذة من الماء البارد القراح او المضاف اليه
التييد الاحمر من ابتداء المرض ثم تنس القروح بمحلول حمض السكر ووردريك

المخفف او محلول نترات الفضة كما سبق في المبحث الاول واهم من ذلك هو ان يعطى للمريض محلول من كرووات البوتاسيوم لكونه اجود من استعمال بودور البوتاسيوم وغيره استعمالا باطنيا من البلواهر المضادة للتسمم الزئبقي ومس القم بروح الكافور الذي هو كثيرا الايلام قليل الجسدى واغوى الوسائط تاثيرا مس القروح بالجر الجهنى صلبا زمانا فزمنوا ولو كان كثير الايلام

واما كرووات البوتاسيوم فانه دواء نوعى فى تن القم التقرحى كافى قلاعه فيعطى منه للاطفال الذين هم دون سنة حرام كل يوم ولين اكبر منهم سنا قدر نصف درهم وللبالغين من حرامين الى خمسة (اعنى من درهم الى اثنين) كل يوم فى مائه وخمسين حراما (اعنى ست اواق) من الماء فيه هذه المعالجة تزول الرائحة المتعنة من القم بسرعة بل والقروح تأخذ فى النفاضة والالتئام بسرعة ومن النادر الالتئام الى مس الاجزاء المتقرحة بثرات الفضة

• (المبحث الرابع فى تسخات القم وقروحه) •

(كيفية الظهور والاسباب)

يظهر على الغشاء المخاطى القمى كل من القروح النزلية المعروفة بالتسختات النزلية والقروح الجرابية فاما القروح النزلية المنتشرة فتكون صغيرة مستديرة سطحية ثم انالانعلم علة امتداد التكوين الظلوى الجديد الذى يحصل على سطح الغشاء المخاطى فى النزلة البسيطة ويعتمد فى منسوج هذا الغشاء وفى اجزائه فيحدث فيها استرخاء ولين وفساد وتكون خراجات صغيرة تستعمل بعد انفجار جدرانها الظاهرة الى قروح مستديرة صغيرة كما انالانعلم علة احداث الالتئام النزلى اقروح نزلية فى الغشاء المخاطى القمى فان القروح النزلية السطحية قد يكثر ظهورها احيانا خصوصا عند الاطفال وقد يندر ظهورها احيانا اخرى بحيث يظن فى انتشارها العدوى لانها قد تظهر على التعاقب عند كثير من افراد عائلة واحدة

واما القروح الجرابية فى الاشخاص من يصاب بها اصابة ثانوية دورية بدون سبب ظاهر وقد تظهر ظهورا دوريا منتظما كما شاهد به بعض اطباء

عند التسامدة الحيض

وقد تظهر حويصلات صغيرة بعمقها تسليخات مؤلمة جدا بقرب طرف اللسان ويظهر أنها ناشئة عن اسباب مهيجة موضعية بحيث تظن المرضي انه حصل لهم احتراق في هذا الصغر

وهناك قروح غير منتظمة تظهر في زوايا الفك العلوي والسفلي تنشأ عن تلاشى نضج لبق مرتشح في الغشاء المخاطي وتكاثر تشاهد على الدوام عند الاطفال الساكنين في المحال الرطبة غير الجيدة ككيوتو المنيطة بين وماستانات الولادة

وقد تنشأ القروح الجلدوية القمية عن البثور الجلدوية التي تكون في باطن الفم وحصولها مثل حصول القروح الجلدوية التي تظهر على الجلد والحويصلات الهريسية ايضا يمكن امتدادها لتجويف الفم فينشأ عنها قروح هريسية صغيرة في ذلك التجويف

واما القروح التي تظهر على حافات اللسان وتكون ناشئة عن حدة حافات الاسنان والتي تظهر في اللثة ناتجة عن التكوينات الجذرية فتخصص علم الجراحة واما القروح الافرنكية والاسكر بوطية للفم فنذكرها في مجلد يخصها

(الاصفات التشريحية)

اما القروح السطحية النزلية المنتشرة فجسما اطراف اللسان وجوانبه ووسط باطن الشفتين والشدين وتكون مستديرة سطحية في حجم العدسة وكثيرا ما تختلط ببعضها فتكون اشكالا غير منتظمة وقاع هذه القروح يكون مغطيا بطبقة غشائية مسمرة ومصفرة ضاربة الى البياض وحواضها محمرة غير مغطية بهذه الطبقة والتحام هذه القروح يكون من الدائرة الى المركز ولا يبقى محلها ندب التحامية ويظهر زيادة عن ذلك في بقية اجزاء الفم اعراض النزلة القمية كالزيادة افراز المادة المخاطية وتكونين اخيلية جديدة

واما القروح الجذرية فجسما غالبا باطن الشفتين والشدين ويندر ظهورها على اللسان فتشاهد اولاحويصلات لؤلؤية لماعة تنفجر بسرعة وتختلج

الى قروح يضاربة الشكل ذات قطر صغير وقاع هذه القروح يظهر مصفرا
او ذهبا مغطى بنضج رقيق وحافات محمرة مرتفعة يابسة قليلا وقد لا يوجد
منها الا قرح واحدة وقد يوجد منها عدد عظيم

واما الخويصات والتسلخات الصغيرة التي تظهر على طرف اللسان فلا تشاهد
الا بامعان النظر ومتى انفجرت احدها يظهر ان الامتدادات البشرية
للحلمات الطبيعية قد انقطعت بحيث لا يرى الاحمال اصغار محمرة صغيرة قليلة
القروح

واما القروح غير المنتظمة التي توجد في زوايا الفكين فقد تشاهد في كلتا
الجهتين وقد يبلغ قطرها جـ لـه خطوط ويكون شكلها غير منتظم وهي عبارة
عن قروح جوف في الغشاء المخاطي يمتد الى المنسوج المخاوي الذي تحته
وكثيرا ما ينشأ عن هذه القروح انتفاخات عظيمة في الغشاء اللينفاوية
العنقية

واما القروح الجدرية فتشاهد بكثرة على سقف الحلق اذ بعد انفجار البثور
السطحية التي بها يندى هذا الطغح تشاهد قروح سطحية مستديرة تلحم
بسهولة

واما القروح الهرسية فجعلهم باطن الشفتين وسقف الحلق وتنشأ عن
انفجار بثور محيطة كبثور الطغح الهرسي وتكون سطحية بسهولة
الالتئام

(الاعراض والسير)

اما القروح التزلية السطحية فالغالب ان تكون مصحوبة بالام شديدة
تزداد بالتكلم والمضغ وكل من المواد المخاطية والاعباب يتزايد ترايدا عظيما
بحيث يسيل من فم الاطفال على الدوام سائل صاف وتكون رائحة الفم
ممتنة بسبب بعض الاخالية البشرية وهذا الشكل يسمى في بعض البلدان
بالالتهاب الفموي الممتن وهذه التسمية خطأ فانها تطلق ايضا على امراض غنية
اخرى اكثر ثقلا من هذا المرض وهذه القروح تنشف بسهولة بالمعالجة اللائقة
ولا خطر فيها املا الا في الاطفال المنهوكين فانها فيهم تسرع بالانقضاء تحزن
بسبب عوقها المضعف والتغذية

واما القروح الجرايية فتكون مصحوبة بالآلام عند التكلم والمضغ وبقية
اعراض الزلزلة القمية ووجود القاع الذهني لهذه القروح وتيبس حافتها
كثيرا ما يورثان المرضى حالة قزع خصوصا من تقدمت اصابته منهم بقروح
افريقية وهذا الشكل يشق بعد يسير من الزمن بالمعالجة اللائقة
واما الحويصلات والتسلخات التي تظهر على طرف اللسان فهي وان كانت
منهكة قليلة الامة لانها تزول من نفسها بعد يومين او ثلاثة والتعب الذي
يحصل من هذه الآفة ايسر بنسبة التغيرات التشرية القليلة والقروح
التي في زوايا الفكين ينشأ عنها تسرع في التكلم والمضغ وتكون شديدة الالم
عند اشخاص غير محسوسة عند آخرين وليست خطيرة في الغالب وان كانت
بطيئة الشفاء

واما القروح الجلدية والمهريسية فالغالب ان تكون مصحوبة بالآلام
خفيفة

(المعالجة)

كل من الحويصلات والتسلخات الصغيرة التي تظهر في طرف اللسان يزول
بسرعة متى حفظ الفم بعض ايام من المؤثرات المضرة كشراب التبغ وتعاطي
الاغذية الحارة وغير ذلك

وفي القروح التزلية القمية السطحية المنتشرة لا يكون لكلورورات
البوتاسا تأثير نوعي كما يكون له في غيره هذا المرض من امراض اقم
فالا جود من هذه القروح بمحلول نترات الفضة او محلول السليمان الخفيف
جدا فانه ناجح كنجاحه في معالجة بعض الامراض الجلدية بالاستحضارات
الرتبية

واما القروح الجرايية فينبغي في معالجتها الالتفات الى المضاعفات المعدية
فيجب أولا انزالتها ثم علاج القروح المذكورة بمعالجة موضعية قوية واجود
الوسائط تأثيرا مسميا بالجر الجهنمي وان كان مؤلما مع استعمال كلورورات
البوتاسا من الباطن ومس مثل هذه القروح بالجر الجهنمي صلبا وان كان
مؤلما الا انه كيد النجاح سريره

واما قروح زوايا الفكين فانها لا تستدعي معالجة باطنية وان كان بعضهم

أوصى فيها باستعمال كلورورات البوتاس من الباطن وبالمس بالبحر الجهني
 أو بمحض التحريك لمركز كما قاله (وليه) و (بنس)
 وأما القروح الجدريه والهربسية فلا تستدعى معالجة مخصوصة
 * (البحث الخامس في الآفات الزهرية القمبية) *
 (كيفية الظهور والاسباب)

أما القروح الزهرية القمبية الأولية والطحخ العريضة الأولية اعني التي
 تنتج عن عدوى اولية في الدم بواسطة السم الزهري فيمكن حصولها في القم
 طبعا للتجارب المستجدة على عكس ما كان يظن سابقا وكثيرا حصولها
 يشاهد في قم الرضع عقب العدوى من حلبة ثدى المرضعة وقد تنشأ في احوال
 اخرى عن عدوى لا واسطة في القم عقب الزنا غير الاعتيادي (اي الايلاج
 في القم) او لثدى الصناعى او تقبيل اشخاص مصابة بقروح زهرية في القم
 وقد شاهدت عائلة اصاب منها عشرة اشخاص مختلفي السن بقروح زهرية
 واطح عريضة في الغشاء المخاطي بالكيفية الاخيرة

وأما القروح الزهرية الثانوية والطحخ العريضة اي التي تنتج عن تأثير ثانوى
 للسم الزهري عقب انتشاره في البنية وتأثيره في القسم فشاهدتهم ما في باطن
 تجويف القسم ليس بشادرو ويمتد من الحلق اوزوايا الشفتين الى الاجزاء
 المجاورة لهم من باطن القم وأما الاصابات السلائية الزهرية في القم اعني
 الاصابات التي تحصل في آخر ادوار الداء الزهري كالاورام الزهرية المعروفة
 بالزوائد الصمغية فتشاهد على اللسان وكثيرا ما تحتلط بسرطان هذا
 العضو

(الصفات التشريحية)

كل من القروح الزهرية الأولية والثانوية والطحخ العريضة ينشأ عن
 تيبسات زهرية في الغشاء المخاطي القسمى اعني عن ارتفاعات حلبيية فيه ثم
 يتراكم الخلية بشرية عليها يصير سطحها الظاهر ميمضا كأنهم اقدمت بالبحر
 الجهني ثم يتكون عنها تسخانات او تقرحات عقب تلاش جزئى في هذه
 الطبقة البشرية او درن عريضة عقب نموها ومجلس القروح غالبا زاويا
 القسم وتبقى سطحية في هذا الجزء فكانما حصل في زاويتي الشفتين تشقق

وكثيرا ما يوجد حول دائرة هذه القروح درن زهرى صغير واما القروح
التي تظهر على ظهر اللسان وجانبيه فتكون على هيئة تشققات كثيرة الغور
أوقليلته وقاعها غير المنتظم يكون مغطى بمادة مبيضة سنجابية واما الدرن
العريض فمجلسه الاعتيادى اما جانبا اللسان بان يكون على جانبيه
ارتفاعات سطحية فى الغشاء المخاطى ويكثر تراكم البثرة المخاطية على سطح
هذه الارتفاعات بحيث يكون سطحها الظاهر مبيضا واما ظهر اللسان بان
يتكون عليه تولدات حلجية مفرطة القاعدة مستديرة وبيضاوية ولا يندر
اعتبار الحلمات اللسانية المختلطة المتراكمة على قاعدة هذا العضودرنا
عريضا زهريا كما يزعمه العوام والاطباء غير المقرنين

واما اورام اللسان الضعيفة الزهرية فانها تظهر غالبا فى ثلثه المقدم فى
الابتداء يشاهد جرم متيسر يتفتح بسرعة ويستحيل الى بزور فى حجم القولة
او الفسدة ثم يلبس وينفجر فيما بعد ويعقب ذلك قرحة دائرية محدودة ذات
حافات منفصلة متباعدة

(الاعراض والسير)

كل من القروح الزهرية الاولى والثانوية يحدث آلاما فى الفم عند التكلم
والمضغ ويصطبغ باعراض النزلة القمية المزمنة المذكورة فى المبحث الاول
وتشخيصها يستلزم الوقوف على السوابق المرضية ومن الظواهر المدركة
بالنظر التى ذكرناها فيما تقدم

واما الدرن العريض الذى مجلسه جانبا اللسان فلا يحدث الا تالما قليلا
للمريض بل قد لا يشعر به الا اذا كان مستيقظا ظواهرا مرضه بالكلية
اذا تقدمت اماتته بالداء الزهرى وقد يزول من محل وبظهور فى آخر
وقد يزول بدون معالجة بعد سير من الزمن ثم يظهر ثانيا فانه ذو ميل للنكسة
واما الدرن العريض الذى يظهر على ظهر اللسان فانه يعوق حركته ويصير
متعبا وتشخيصه بالنظر سهل حيث لا يمكن اختلاطه بغيره

واما الاورام الضعيفة فى اللسان فتظهر بدون ايلام بل ولا ينج من تقرحها
زيادة الم الا انها تحدث عسرا فى حركات اللسان وثقلاته فوق المضغ والتكلم
واما القروح التى تعقب انفجارها فانها تكون مؤلمة عند ملامسة حافات

الاسنان لها والمطهومات اليابسة

(المعالجة)

الاصابات الزهرية القسمية تعالج على حسب القواعد المذكورة في الجزء الثاني فان كلامنا من القروح الزهرية الاولى والثانية والثالثة والعريضة القسمية يزول سريعاً باستعمال المركبات الزئبقية وليكن الطيب متاً كدامن انها تقهسن بل وتزول بالكلية عند استعمال هذه المعالجة الزئبقية بسرعة ولكن ينبغي الاحتراز من استعمال الاستحضارات الزئبقية عند تكرن كدمات الحلمات الزهرية في القسم متى كانت هي العرض الوحيد للداء الزهري وكذا الاورام الصغوية الزهرية في اللسان فانها كذلك تشفى في كل دور من ادوارها بواسطة المعالجة اللائقة

(المبحث السادس)

في الآفات الاسكربوطية القمية المعروفة بالحفر

(كيفية الظهور والاسباب)

تغير اللثة تغيراً مرضياً بعدم من الطواهر الملازمة الابتدائية في اكثر احوال المرض المعروف بالاسكربوط والتغيرات التي تكادها اللثة شبيهة بالتغيرات التي تنشأ عن هذا المرض في غيرها من المنسوجات ومجموع هذه التغيرات يفضى الى ان التغير حاصل في جدار الاوعية لافي الدم نفسه (فان ينبوع تغير الدم فيها غير معلوم ولم يثبت وجوده) وبهذا يسهل علينا توجيه منشأ حصول النضوح المتنوعة والميل لحصول النزفة التي نشاهد في هذا المرض وسنذكر (ان شاء الله تعالى) الاسباب المحدثة للاسكربوط وتغير اللثة الملازم له في الجزء الثاني

(الصفات التشريحية)

مجامس التغيرات الاسكربوطية في القم اللثة وحدها واجزاء اللثة القاقدة للاسنان لا تصاب بهذه التغيرات كبقية اجزاء القم ولذا ترى الاشخاص القاقدين للاسنان لا يكابدون التغيرات الاسكربوطية القمية اصلاً ثم ان هذه التغيرات قد تكون قاصرة على جهة واحدة من القم بل على محيط بعض الاسنان دون البعض الآخر وذلك انه يشاهد في ابدان هذا المرض حالة

محجرة على الحافة العليا من اللثة ثم تأخذ اللثة بعد يسير من الزمن في الانتفاخ وتكتسب لوناً خمرقاً كاليا خصوصاً امتداداتها الزاوية الكثافة بين الاسنان فانها تنتفخ وتفقده التصاقها بالاسنان وهذا الانتفاخ الناتج عن ارتشاح اوزيموى وانسكاب دموى في جوهر اللثة قد يعظم جداً حتى يجاوز الاسنان ويغطيها او يكون اوراماً اسفنجية على سطح اللثة يبلغ احدها نصف قيراط بل ازيد من ذلك وقد يلبس ظاهر سطح اللثة التي حول الاسنان اوقصة الاورام مددة سير المرض فيستحيل ما ذكر الى مادة رخوة ذات لون كالبنيج عقب قذفها فقد جوهراً من اللثة والتسكروا الذي يحصل في هذه الاجزاء ينشأ بحسب الظاهر عن توتر الاجزاء المرتشحة وتترا عليها وعن الضغط الواقع عليها حينئذ من الاسنان وعند الشفاء يزول انتفاخ اللثة فتطبق على الاسنان وتعود الى لونها الطبيعي نعم في احوال نادرة يحصل مدة المرض تسكون منسوج خلوى جديد ولذا تبقى اللثة بعد زوال انتفاخها منبسطة ندية غير مستوية السطح اى انها تبقى ذات تمهيدات

(الاعراض والسير)

انتفاخ اللثة العظيم يصير الموضع مؤلماً جداً بل متعذراً في الغالب ويصير الانراز المخاطي واللغاب في الفم متزايداً وعند المضغ وأدنى ضغط على اللثة يسيل منها انزفة وسوائل الفم تنفق من اخلاطها بالدم فينتج عن ذلك رائحة منتنة كريهة وبهذه الظواهر مع منظر الفم وما فيه من التغيرات التي شرحناها لنقف على حقيقة التشخيص خصوصاً بانضمامها البقية اعراض الاسكربوط

(المعالجة)

كثيراً ما تعود اللثة المريضة الى حالتها الطبيعية بسرعة عقب معالجة لا تقه بالمرض الاصل والعادة ان تستعمل المضامض القابضة مع الوسائط الصحية والدوائية التي سئذ كرها بعد عند معالجة المرض الاصل واكثرها استعمالاً روح حبشية الملاعق وصبغة المروا لتانيا وكذا مغلى الصفصاف والبلوط وقشور الكينا وقد شوهه في وباء تسلطن في مدينة براج حصول النجاس في فتحخل الاسنان الاسكربوطى بغسل الفم بالخل القاتر المضاف اليه يسير من

روح النيد وقد استعمل ايضا عند ارتقاء هذا المرض من اللثة بمخلوط
مضاف اليه حمض الكاويديريك وتخلط الانسان المتخاف عن هذا الداء
يزول باستعمال المغليات القابضة ومحاوّل الشب
• (المبحث السابع) •

في الالتهاب القمي الفطري او القشطي (المعروف
بالموجيت عند القرائساوية)
• (كيفية الظهور والاسباب) •

هذا الالتهاب كان يعتبر الميا في انضجيا خصوصا الى ان ظهر بالاستمكشافات
الحديثة وجود مواد نباتية طفيلية متكوّنة على سطح الغشاء المخاطي وهي
ان لم تكن وحدها سبب هذا المرض فهي اقوى اسبابه وهذا القطر المتبقي
المسمى بالاديوم اليكائن كما سماه المعلم (روبين) لم يشاهد خارج الجسم
ولم تعلم كيفية وصول جرثومته الى القم وانما الحق وجود اسباب مخصوصة
لاجل نشوب جرثومته الطفيلية بالقم وغوفا نفسه وهذا المرض يوجد في
الاطفال عقب الولادة بايام او اسابيع قلائد ويندر حصوله لهم بعد
شهرين واما الاطفال البالغون فلا يشاهد فيهم الا في الامراض الثقيلة
التي تكثر قبل الموت بنز يسير فينتج من ذلك ان جرثومة هذا الفطر تثبت وتقوم
سهولة عند ما يكون المضغ والازدراد ضعيفين بحيث ان هذا الفطر يمكن
ان يتشبث وينمو في محلات التحلل الخلايا البشرية المتراكمة وبعض بقايا
الاغذية المتخاططة بها والظاهر ان الطبيعة المخاطية المغشية للقم تمنع تشبثه
ومنى وجد الغشاء المخاطي جافا في المولودين جديدا وكذا المتهو كين ساغ
القول بتكون هذا الفطر احيانا من قبل فيهم وليس من القريب للعقل ان
قله افرار المواد المخاطية في القم أول درجة من درجات الالتهاب القمي
الزلي في جميع الاحوال وان كان التهييج غير المعتاد النشأ من الحركة
الرضاعية كثيرا ما يكون سببا في حصول تهيج زلي في الغشاء المخاطي الرقيق
للاطفال المولودين حديثا ومما يستدعي نحو هذا القطر قلة النظافة ولذا
يكاد يصيب جميع الاطفال الموجودين في مارستانات الملقطين والولادة
لانه غالبا هم مل في نظافة افواههم التي يكاد يترتب عليها عدم انتشار

هذا المرض

ثم انه وان نخرج القطار المذكور في بعض الاحوال من فم طفل الى آخر
نلقه بالاداسطيا لا يمكن اعتبار هذا المرض من الامراض التي تنتشر باصل
معداته ليس من الضروري ظهوره في شخص موجود بجوار شخص صاب
به بل الظاهر ان جرمه منتشرة جدا وموجودة في كل مكان بحيث يظهر
وينمو متى وجدت الشروط المساعدة على نموه

(العصقات التشريحية)

يوجد على السطح الباطن من الشفتين واللسان وسقف الحلق نقطة صغيرة
مبيضة او طبقة حلقة رقيقة وعند اشتداد المرض توجد مواد جبنية او
دهنية منظرها كاللبن المتعقد ويسهل في الابتداء فصلها من الغشاء المخاطي
ثم تلتصق به التصاقا جيدا وهذا الطلاء الجبني يعتمد احيانا من القم الى
الحنجرة والغالب امتداده الى المريء حتى ان هذا العضو احيانا يكون
ممتلئا بمقدار عظيم من هذه المواد القطرية وامتداد هذا المرض الى المعدة
لا يكاد يشاهد مطلقا وبالجهد الميكروسكوبي في هذه المواد الجبنية يرى
انها مشتقة على اخلية بشرية حديثة وقديمة وكرات شمعية يتخللها خليات
مخصوصة مستديرة وخبوط فالاولى اى الخليات يعرف بشكلها البيضاوى
ودائرتها الواضحة وتجويفها الظاهر واختلاف حجمها وهى علامات نموها
انها اخلية نباتية فطرية والثانية اى الخبوط التى تنشأ من هذه الخليات
تختلف فى الفاظ وتكون ذات حواجز وانبعاجات يخرج منها فرعات
على شكل زاوية حادة ذات قطر كقطر الخبوط الاصلية وهذه الخبوط تكون
اشكالا تشجرية منتظمة واذا كانت متراكمة على بعضها تكون على هيئة
البيد ومجمل هذه المواد القطرية فى الابتداء الطبقات السطحية من الطبقة
البشرية المخاطية ثم تنفذ بين اخليتها وقد تنمو بسرعة وتنفذ فى سمك الغشاء
المخاطي

(الاعراض والسير)

الرضاعة للاطفال المصابين بالالتهاب القمى القشطى تكون مؤلمة وكذا
الامخاض الا تلبون للهلالة باللسان الرئوى والسرطان يستكون بجره فان فى

القم عند ظهور هذا المرض فيهم ومن الممكوك فيه ان آلام المرضي ناشئة
عن تأثير المواد المذكوكة في الغشاء المخاطي او عن حصول تهيج التهابي
مصاب لتكوّنهما في الغشاء المذكوكة ومحدث تلك الآلام ومعين على نحو
الفطر

وكثيرا ما يشاهد في الاطفال المصابين بهذا المرض امهالات مصهوبة
بالآلام في البطن ونزوح مواد سائلة متضرة ذات خواص حضية وكثيرا
ما تنحمر دائرة الشرج والاليتان والسطح الباطن من الفخذين بل قد يحصل
فيها تسلخ سطحي ويكون هذه الاعراض تشاهد في الاطفال الرضع بدون
ان يكونوا مصابين بهذا المرض كالعكس اي انه يوجد فيهم هذا المرض ولا
يوجد تلك الظواهر اعتبرها بعضهم مضاعفات في هذا المرض غير لازمة
له وبعضهم سمي (والعكس) يعتبرها اعراضا لازمة له والحق في ذلك
عسر والذي يظهر ان الاسهال لا تعلق له في كثير من الاحوال بالقرلات
الفطرية القمية لكن حيث ان اسهال الاطفال في معظم الاحوال منسوب
لتحللات غير طبيعية في المواد الغذائية وان تكون هذه المواد النباتية
الفطرية يحدث تحللات غير طبيعية فالذي يظهر ان جزءا عظيما من تلك
الاسهالات ناتجة عن وجود المواد الفطرية المكروية في القم ووصولها
الى المعدة والامعاء

(المعالجة)

اكثر الامهات ولوا الفطعات منهن لا يعتنين بنظافة افواه الاطفال الرضع
اللازمة لمنع حصول هذا الداء اعتناء كبيرا لانهن وان فعان بهن ذلك في
الصباح وفي المساء يترصكنهن ينامون وحيلة القدي في افواههم ثم يجذبنها
بلطف مخافة ان يستعظوا فيبقى في افواههم كمية من اللبن فقط سد وتسير
تجوير القم مستعدا لظهور هذا الفطر القمي ونحوه وربما ساعدن على
ذلك القوابل لجهلهن وانهم لاهمالهن يخفين عن الامهات ان عدم النظافة
هي السبب في تكون هذا الفطر بل قد يعتقدين ان ظهور الفطر القمي
مرض غير مخوف بل معين على نجاح صحة الاطفال فيجب على الطبيب ان
يوصي بتنظيف فم الاطفال بعد كل ارتضاع مطلقا في حال اليقظة او النوم

بفخوخة رقيقة مغموسة في الماء القراح او الممزوج بقايل من النبيذ
 الاجر في هذه الكيفية تكاد الاطفال لا تصاب بهذا المرض اصلا
 ومتى حصل الالتهاب القمي الفطري يقتصر فيه على ازالة المواد الجبينية
 بكشطها بلطف واحتراس وتنظيف القم تنظيما جيدا والوسائط التي تجريها
 القوابل من ذر السكر في القم او مسه بخلوط مركب من البورق ومعه ر
 الورد غير جيدة فينبغي رفضها لانها تصير القم لزجا وتعين على حصول
 الانحلالات غير الطبيعية فلا تمتنع حصول هذا القطر مطلقا والاسهالات
 المصاحبة له تعالج على حسب القواعد التي سيأتي بيانها
 * (تنبيه) * ما ذكره المؤلف في معالجة انواع التهاب القم المختلقة تقريرا كاف
 في كل مبحث على حدته وانما لزيادة الايضاح في معالجة كل نوع من التهاب
 القم نذكر مع الاجمال معالجة جميع هذه الامراض ونضيف الى معالجة كل
 مرض ما تحقق لنا منفعته في العمل ولو ترتب على ذلك احبا بنا بعض تكرار
 بالنسبة لما ذكره المؤلف فنقول

يجب على الطبيب في معالجة انواع التهاب القم مطلقا سيما في الاطفال البحث
 عن حالة الاسنان والاجتهاد في مساعـدة حصول التسنين ومنع تعاطي
 التغذية بالمواد الحريفة او الساخنة او الباردة جدا مع الايصاء بالاعذية
 اللطيفة السائلة او الرخوة ومنع شرب الدخان في اثناء المرض اذ بذلك مع
 استعمال مضامض مائية او حمضية خفيفة يحصل تخسين في حالة الالتهاب بل
 ربما كان ذلك كافيا في شفاء الالتهاب القمي التزلي البسيط
 وشكل الالتهاب القمي المعروف بالقلاع قد تكفي فيه هذه المعالجة البسيطة
 لكن الاوفق في هذا المرض فعل كل سطحى خفيف جدا بالخرج الجهنى او
 بمعلوله في الاصفار المريضة لازالة الالم وسرعة الالتئام ويحتاج في هذا
 الشكل الى الالتفات بالسكينة للتغذية وحالة القناة الهضمية اذ كثيرا ما يكون
 القلاع متعلقا بتهييج في الغشاء المخاطي المعدي المعوي الناشئ عن الاغذية
 الكثيرة الفاو به والازوتية المحضة ففي مثل هذه الاحوال ينبغي مع المعالجة
 السابق ذكرها استعمال اغذية لطيفة من اللحوم البيضاء وبعض
 الخضراوات اللطيفة وشرب بعض المياه المعدنية المسهلة وتجنب الاغذية

المألوفة الطريقة وفي هذا الشكل يعتبر كلورورات البوتاسا نوعيا كجانبه
 عليه المؤلف فلا بد من استعماله بالكيفية التي ذكرها في مجت القلاع واما
 شكل التهاب القسم ذى الغشاء الكاذب والقرحى فليس ينبغي الانتفاع
 بالكيفية لحالة الصحة العمومية وجعل المرضى في اوساط صحية جيدة
 وتبعيدهم عن بعضهم وعن السليمين احيانا اذا كان يخشى انتشاره بالعدوى
 ويوصى في هذا الشكل بالخصوص باستعمال كلورورات البوتاسا من
 الباطن والظاهر على شكل غسل حيث ان نجاح هذا الجوهر الدوائى في هذا
 المرض مؤيد بالتجارب واستعمال الغسلات به على شكل مضامض وان كان
 لا يخلو من الفائدة الا ان استعماله من الباطن بمقدار من درهمين الى ثمانية
 في ١٥٠ جراما و ٢٠٠ من الماء هو العظيم الفائدة اذ بهذه الكيفية تنفصل
 الاغشية الكاذبة بسرعة وتأخذ القرحات في الالتئام واصل بعضهم عند
 استعمال محلول هذا الجوهر من الظاهر كؤل شيشة الملاعق بمقدار ٢٠
 جراما من الاخير على ٢٥٠ جراما من الاول وعند استعماله معصاء هذا المرض
 عن هذه المعالجة وتعاصى القروح عن الالتئام ينبغي الكى بالجر الجهنمى
 وهذا الجوهر الدوائى يستعمل كذلك بنجاح في التهاب النسي الرقيق
 انه في هذا الشكل لا يقتصر عليه بل ينبغي المبادرة باستعمال معالجة
 موضعية في اللثة اما بمسح بمحلول الشب او بمحضر الكلور ايدريك بواسطة
 فرشاة ويضم لذلك استعمال المسحات مع التكرار بحسب الحال لاجل
 استخلاص القناة الهضمية من الجواهر الزبقية اذا كانت محتوية
 عليها وعندئذ لا للعاب وشدة الالم يستعمل المريكبات الايونية وفي انتها
 سيره تستعمل المضامض القابضة نباتية كانت او معدنية وان اعقب هذا
 الشكل قروحا واستعصت عن الشفاء ينبغي مسها كذلك بتران الفضة صلبة
 اوسائل او بمحضر الكلور ايدريك واما التهاب القم الجنبى فلا نقول فيه بما
 قاله المؤلف من عدم المنفعة لما رأينا في كثير من الاحوال من نجاح
 الغسلات القلوية مع استعمال مخلوط من اجزاء متساوية من معسل
 لوردو البورق وعند ما تكون التراكمات الجنبية منتشرة في القم ينبغي بعد
 كسها بفرشة مسها بتران الفضة لاجل استئصالها ومع ذلك نعتري بأن

الغسل بالماء مع الفينيل بعد نزاع المواد الجينية وحفظ نظافة الفم كاف في
الاحوال الجديدة

وعند تساقط حضية الفم وتسرع الازدرا الناجم من امتهاد هذا المرض
في المريء ينفى استعمال الغسلات والمشروبات القلوية كما ويمنى بانتراد
او بمنزوجة بالبن

* (المبحث الثامن في التهاب اللسان) *

(كيفية الظهور والاسباب)

اصابة الغشاء المخاطي المغطى للسان باشتراكها في الالتهاب انزل من الفم
سابق ذكرها خيفة لا تسكلم في هذا المبحث الاعلى التهاب جوهر هذا العضو
مع شكلين سطحين خفيين من هذا الالتهاب حيث لم يكن له صفة شامة
حقيقية بالتهابات الاغشية المخاطية الاخرى

في التهاب جوهر اللسان يحصل النضج الالتهابي بين الالباف العضلية
اللسانية غالباً واما نقص الالباف العضلية والتهابها وتلاشها فاندرج هذا
راجع كيفية ظهور والتهاب الغضلي القاب

ثم ان هذا المرض نادر فلا يحصل الا عقب المؤثرات القوية في اللسان
كالحرق ولدغ الحبل والزباير وتميج اللسان بواسطة واهر حريقة
او كوية

واما التهاب اللساني الحزني المزمن فينتأ في الغالب عن ضغط حائات
الاسنان الحادة ومباشرة التبغ الخشنة

واما اسباب التهاب اللساني الشقي فغير مبررة مثل اسباب التهاب
اللساني السطحي الذي سماه بعضهم بـسيوريازس الفم فان هذا الالتهاب
عبارة عن ارتشاح في الغشاء المخاطي اللساني مع تكون طبقة بشرية تسكونا
مرضه ما وقد شاهدت ثلاث مرات في الزمن الاخير هذا المرض الذي شرحه
جيدا المعلم (ربير) في رسالته الموقفة في امراض الجلد وسماه بـسيوريازس الدم
(الصفات التشريحية)

اما التهاب اللساني الجوهرى الحاد فيم جميع اللسان غالباً ويندرأ ان
يقتصر على احدى جهتيه فيعظم حجم اللسان حتى يصل الى ضعف حجمه

الاصلي بل ازيد ويكون ذالون احمر داكن وسطغه الظاهر املس او متشققا
ومغلي بنضج لزج دوي غالبا وجوهر هذا العضو يكون رطبا رخوابا هائلا
فاد حصل التحلل عاد اللسان الى حجمه ومنسوجه الاصليين وقديني اللسان
في بعض الاحوال على الدوام متيبسا ضخما وقديته ~~تكون~~ في سمكة في
بعض الاشكال الثقيلة له من هذا المرض خراجات صغيرة يعظم حجمها بعد
وتحتل ببعضها ثم يتقرب الغشاء المخاطي وتخرج المواد الصلبة لتلك
الخراجات ويحصل الجوهر المقتود بسبب ذلك يتكسب فتختلفه ندبة متشعبة
ممكنة

واما الالتهاب اللساني المزمن الجزئي فتوجد فيه محال متيبسة محدودة على
جانب اللسان عديدة البروز او قل لثة بل قد تكون على هيئة ندب جاذبة لما يحيط
بها من منسوج هذا العضو جذبات شعاعية ولا شيء الجوهر العضلي منه في
هذه المحال ويحل محل تولدات من منسوج خلوي

واما الالتهاب اللساني التشقي فيكون اللسان فيه منقسما الى جملته فصبغات
مختلفة كثيرة وله بؤسطة شقوق غائرة يجتمع فيها بعض مواد غذائية وأخيلية
بشرية تكون سببا لتقرحات مستطيلة وكثير من هذه التشققات يكون
عبارة عن مجرد ثنيات في الغشاء المخاطي تشابه ثني الجلد الظاهر خصوصا
ما يوجد بكثرة في وجه الاشخاص المتقدمين في السن

واما الالتهاب اللسان السطحي الذي شبهناه ببسيوريا زس الجلد الظاهر فيه
يكون الغشاء المخاطي نحيما مندملا ومتشققا جلد شقوق وفي بعض المحال
تكون طبقة اللسان البشرية متزايدة ازديادا مرضيا وفي بعضها الآخر تفقد
بالكلية بحيث يظهر سطح اللسان املسا فمكائه مغطى بطبقة ذات
بريق ولعان

(الاعراض والسير)

الالتهاب اللساني الحاد يكون اللسان فيه متراندا الحجم جدا بحيث يكاد ان لا
يسعه القم فيبر زمن بين صفى الاسنان اللذين يكاد ان يكونا متباعدين عن
بعضهما بقدر قريب طرقيما ويكون سطحه العلوي مريضا وذا لون مسمر
وسخ عند ما يكون المضغ المغطى له مختلطا بالدم وسطحه السفلي محمرا داكنا

وتستحيل بسرعة الانبعاثات الغائرة التي تطبعها الاسنان على جانبيه الى
قروح ذات سطح شحوي ومن توتر هذا العضو بسبب اتفاحه العظيم يحصل
الم شديد ويقدح كانه بسبب الضغط الواقع على اليائه العضلية من التضيق
الانتهائي ويتعذر كل من الضغ والازدراد ويمل اللعاب من النهم على جانبيه
رمع ذلك فالسطح العلوي منه لا يزال جافا فلا عديم تنديته باللعاب والبقاء
لهم منفصحا بحيث يكون سطحه عرضة لتصادات بخارية قوية وتنفخ العقد
نحت الفك وكذا العقد الليمفاوية العنقية ويحصل عوق في الدورة الودجية
بمنفذ الوجه قليلا ويصير مرضا وقد يحصل ايضا عوق في التنفس عقب
تضيق فوهة المزمار بسبب اتفاح قاعدة اللسان ولذا يحصل احيا فاقوب
اختناق يمكن ان تؤدى الى هلاك المريض ويصطبب الانثاب اللساني الحاد
بجوى شديدة وامتلاء في النبض وضجر وقلق واضطراب عام ثقيل لكن حالة
المريض تتغير عند استقرار عسر التنفس في صير النبض ضعيفا يحصل هبوط
للمريض وتظهر الاعراض المنسوبة الى التسمم بحمض الكربونيك فاذا
كان سير هذا الداء حميدا طبيعيا النخطة الطواهر المرضية تدريجيا وان
عولج معاالجة لا تنفع فكثيرا ما تنكط تلك الطواهر فجأة وان تكونت خراجات
في اللسان فان جميع الاعراض تزداد حتى يحصل انفجارها فتكط بسرعة
وتحصل الراحة التامة

واما الانثاب اللساني المزمن فيحدث اما محدودا أصم واذا كان
هنالك تقرحات فان الام يصير محرقا والحال المتبدية من هذا العذ وتعوق
حر كات اللسان وقد يستقر هذا المرض زمانا طويلا بحيث كثيرا ما يختلط
بالسرطان

واما الانثاب اللساني القشقي فيكون مؤلما جدا اذا كان هنالك تسلمات بين
تصبغات اللسان وعذرات الحامه الايتى سري اليمية القصية غير الطبيعية
وهي لا تكدر المريض مطلقا

راما يسر باز من الغشاء المخاطي اللاني فهو آفة مؤلمة مستعصية تنكث
مدة أشهر الى سنين مصحوبة بشورانات مختلفة وفي انثابها هذا المرض
لا يكون للمرضى قدرة على مضغ الطعام مما الصلبة بل ولا شرب التبغ وكل

حركة لسانية يعقبها ألم شديد وفي أوقات أخرى تكون مكابدات المرضى قايلة
جدا بحيث يتعشش في الشفاء السريع

(المعالجة)

معالجة التهاب اللسان الحاد ينبغي ان تكون قوية جدا بسبب الخطر الذي
يمكن ان يترتب عليه والاستفرغات الدموية العامة والموضعية كالرسال
العلق على العنق ليس لها تأثير ووضع العلق على اللسان نفسه يزيد في المرض
كأنه لا منقعة للمصرفات على القفا ولا للمحولات على القناة الدموية
بالمسيلات او الحقن المهبجة وانما الذي ينبغي ابرأؤه هو فعل الشقوق
الغائرة عمدة على جميع ظهر اللسان وعند ازدياد الانتفاخ لا يخشى من جرح
الشريان التردى ويزاد على ذلك ان يعطى للمريض حال شدة المرض قطع
من الجليد او الثلج في فمه وعند انحطاط الداء لا تستعمل الا المضامض
المرخية الفاترة وان خيف حصول الاختناق ولم تجدد الشقوق الغائرة دفعا
يمكن ان يلجأ الى عملية القطع الجبرى

واما معالجة التهاب اللسان المزمن فيجب فيها ازالة طائفات الاسنان الحادة
وتحوي ذلك فان لم نقر وهو الغالب كان اجراء عملية الاستئصال هو الواسطة
الوحيدة واما استعمال اليود والمياه المعدنية البودية كما ينبوع ادلهيد
والمسيلات فلم يثبت بالتجارب نفعها ثبوتاناما وانما استعمالها مؤسس على
نظريات

واما معالجة التهاب اللسانى التشنجى فيقتصر فيها على المسيتات القشرية
صلبة او محلولة

واما التهاب اللسانى السطحى فلا يترفيه تعطى المركبات الزئبقية التى
تستعمل خطأ فلان هذا المرض ينبوعه الداء الزهرى بل يحصل من ذلك
ازدياد في المرض وقد شاهدت تحسنا عظيما واضحا في احدى احوال هذا
المرض الثلاثة التى شاهدتها بواحدة غسلة القم مرارا بالمضامض المأخوذة
من حمض الكربوليك المخفف جدا مع المس به زمنا من ماضى كذا مع غاية
الاحترا

* (تنبيه) * حمض الكربوليك هو المعروف بحمض الفينيليك وهو جوهر

مضاد للتعفن ويستعمل في احوال اخرى عديدة اكثرها من الظاهر كالجروح
وغيرها من امراض الجلد

* (المبحث التاسع) *

في غنغرية ثنائى القمم الضعفية المعروفة بالنوما وبالسرطان المائى للثمن
السرطان المائى القمى يعتبر شكلا من الغنغرية ناشئا عن التهاب ضوى طرأ
على الجسم وهو في حالة التهوكة فانه متى حصل تغير غذائى مقسدا في جزء من
الاجزاء وكان مكابدا من قبل لاضطرابات عظيمة في تغذيته كان نتيجة ذلك
موت الجزء المصاب سرىعا كما قاله (ورجوف) ولا يكاد يشاهد هذا المرض
الا في الاطفال المنوكين اما لعدم كفاية التغذية او لردائتها او لرداءة
مسكنهم او مكابدتهم امراضا ثقيلة وكثيرا ما يشاهد عقب الامراض
الثقيلة كالحصبة ويندرج ما يشاهده عقب غيرها من الحيات الطيفية للمادة
او عقب التيفوس والالتهاب الرئوى ويظهر ان استعمال المركبات الرتيقية
في معالجة الامراض السابقة لدخل عظيم في حصول هذا المرض وكثيرا
ما يبدئ في الظهور ومع ظهور الالتهاب القمى الرتيقى حالا وحصول هذا
المرض في الاقاليم الباردة اكثر منه في الاقاليم الحارة ولا يظهر ظهورا
وباقيا البتة

(الصفات التشريحية)

هذا المرض يكاد يبدئ على الدوام في الجهة الباطنة من الشدقين وحينئذ
يصير الغشاء المخاطى اعلى الجزء الصلب المرتفع اجردا كاشفا عن لونه
بسرعة وكثيرا ما يظهر عليه حويصلة مملوءة بمادة مصلية عكرة وبسود
المفر المصاب بسرعة ثم يلين وييتلاشى ثم تمتد الغنغرية في بقية المنسوجات
فتأكل اللثة والشفتان وقاعدة اللسان وحافته المسامكة للجهة المصابة
ويتعري العنكان وتسقط اجزأؤه ما على هيئة قشور راي تتفلس وتتخلل
الاسنان وتسقط وعند تقدم هذا الداء يمتد الفساد الغنغري الى السطح
الظاهر من الشدقين بسرعة بحيث يستحيل كل من الوجنة وجزء من الانف
والجفن السفلى بل بقية احدى صفحتي الوجه الى مادة زغبية وخوة فطرية او
الى خشك ريشة جافة والاعوية الدموية اكثر المنسوجات مقاومة للوثرع

في الف - اذ الغنغرينى قائم عائد - لتشرىح الجثة - توجد غالباً امصوتة الانما
 بمثلثة بعمق ذات ليفية والاحوال النادرة التي يحصل فيها الشفاء تنفصل فيها
 الاجزاء المتغفرة وتخلطها الزرار الجثة ثم اثر ندبية من منسوج خلوى ليعق
 وعلى الدوام تبقى التصاقات في القم وتشوهات عظيمة في الوجه
 (الاعراض والسير)

عند ابتداء الغنغرينة في الوجه الباطن من الغشاء المخاطي الفموى يشاهد
 (طابقا لشرح المع - لم راييه - وبرتس) بدون الم ظهور وورم ارضى ماوى
 رخوم مستو محدود في الخد والشفة يتبدش - بانفسيما ويشاهد في مركزه نواة
 متبدية - مستديرة مغطاة بجلد لماع ذي بقع باهتة او بنقصة حمراء
 والطفل يرى في حال سكون في فراشه ولو كان الفساد الغنغرينى عظيما
 واستحال كل من الوجه الباطن للخد واللثة الى خشكة رشيبة عظيمة ويسيل
 من القم لعاب مدم او مسود ومع ذلك لا يزال الطفل يلعب ويطلب الماء كل
 ويأخذ ما يعطى له بشراهة عظيمة ويزدرد مع اللعب وبعض القطع
 المتغفرة المنفصلة ومع ذلك يكون الجلد منتهقا باردا والنبض صغيرا قليل
 التواتر ويحصل له مدة الليل هذيان وقد يتكون في خده وشفته السفلى
 خشكة رشيبة محدودة جافة مسودة في نحو اليوم الخامس والسادس تمتد
 زمانا فزمننا الى ان تم جميع احدى صفحتي الوجه ومع هذا كله فقد يكون
 الطفل حافظا لقواه ويطلب الاكل بل ينزع بيده بعض قطع غنغرينية من
 تجويف القم وعند سقوط هذه الخشكة رشيبة يصير منظر الوجه مقزعا جدا
 فنشاهد بعض اهداب غنغرينية متعلقة بالوجنة ونشاهد الاسنان من
 خلاها متعربة متخلخله وكذلك الفك كان فينا هذان متعريين مسودين
 ورائحة القم حينئذ تكون متنتة جدا وتميط القوى ويحصل اسهال وعطش
 يكاد لا يطاق ويكون الجلد باردا جافا والنبض صغيرا غير مدرك ويملك الطفل
 من النوبة

وقد يميل هذا الداء للشفاء في أول ادواره بل وعقب سقوط الخشكة رشيبة
 اظاهرة تنفذ الغنغرينة فيميط الورم وتحسن الحالة العامة ويتطفى سطح
 الجرح ويظهر التقيح الحمد

* (المعالجة) *

يستعمل في هذا الداء من الباطن الاستحضارات الكيفية وماء الكلور
والقهم النباتي ونحو ذلك من الجواهر المضادة للقوة

* (تنبيه) * من هذا القبيل غسل القم بمحلول مختلف من بذر منجنبات البوتاس
جرت منه على ألف من الماء

لكن لا تفر له هذه الوسائط فان الاصابة باستعمال هذه الجواهر وتوسس على
نظريات لاعلى تجارب والاجود الالتفات لمالة التغذية وللجواهر الحيوان
يعطى للطفل مقدار قليل من التيفيد ثم تعالج الغنغرينة معاملة موضعية
بحسب القواعد العامة للجراحة وقد اوصى في هذا الداء باستعمال جميع
الكاويات لكن أشهرها الحديد الحمى والغرض منه افساد الاجزاء
المتغصرة واحداث التهاب مع ردفعه في الاجزاء المحيطة به لتحديد الغنغرينة
وتنفصل

* (المبحث العاشر) *

(في التهاب النكفيتين وما جاورهما)

* (كيفية الظهور والاسباب) *

التهاب النكفة بقطع النظر عن أحوال التهابها الجرحى اى الناشئ عن
جروحها واجسام غريبة نكت في قنواتها الناقلة او تركبات حجرية
تكونت فيها وتلك أحوال تخص علم الجراحة يميز له شكلان ذاتى اى
اصلى وشكل عرض ويسمى بالامية استازى اى الاتفالى

وقد اعتبر الشهير (فرجوف) مخالفا لآراء المتفق عليهم ان القنوات الصغيرة
اللامية للغدة النكفية هي منشأ هذا المرض وقد اثبت ذلك صريحا بالنسبة
بالتهاب النكفى العرضى بل والظواهر ايضا ان الاصابة الاولى لـ القنوات
المذكورة بالنسبة لالتهاب النكفى الذاتى اقرب للعقل من اصابة جواهر
الغدة نفسه الكائن بين هذه القنوات ومتى وافقنا هذا الشهير واعتمدنا ان
التهاب النكفى الذاتى ينشأ عن التهاب نزلى فى القنوات اللامية ليس له ميل
للتقيج وأن العرضى ينشأ عن التهاب النزلى الذى يعمل للتقيج بالكلية نظهر انما
ان اعراض هذا المرض وسيره وما يبر عنه بالاتقال فيه قليل الانهزام

بخلاف ما اذا اتبعنا آراء القدماء في كون جوهر الغدة نفسه هو منشأ هذا المرض ومجلسه الحقيقي

أما الشكل الذاتي فالأغلب ان يكون حصوله وبأتم ما يدر ان يكون افراديا ومثل هذه الاوبية يتسلطن في فصل الربيع والخريف عند تسلطن الرياح الباردة الرطبة ويندر حصولها في اثناء الصيف عند تسلطن الرياح الحارة اليابسة وتختلف مدة هذه الاوبية وقد تكون قاصرة احيانا على بعض الاماكن العامة كبيوت الملقطين والقشلاقات ونحوها وكثير من المشاهدات الاكيدة ما يؤيد أن انتشار هذا المرض بالعدوى قريب للعقل جدا ولايسوغ كما قاله (رليه) ضم هذا المرض الى الامراض التسممية العامة اى جعل التهاب النكفة ظاهرة موضعية لمرض عموى اى لمرض فى الدم وتشبيهه بمرض الجلد فى الامراض التسممية الحادة لكن ما ذكرناه من الاعتراض عند الكلام على السعال التشنجى بالنسبة لاعتباره من الامراض التسممية العامة بعناها التحقيق يلجينا عزل هذا المرض عن الامراض التسممية العامة ولو كان معديا والعادة ان الاطفال والشيوخ لا يصابون بالالتهاب النكفى الوبائى واصابة الذكور به اكثر من الاناث

وأما الشكل العرضى فيصحب بعض الامراض العامة الثقيلة سيما التيفوس فيكاد يصحبه على الدوام فى بعض الاوبية ويندر ان يشاهد هذا الشكل مدة سير التقيود الهضى والتسمم الصديدى والحصبة والجدرى والدوسونطاريا وبعض الالتهابات الرئوية الثقيلة ونحو ذلك والارتباط السببى الذى بين هذا الشكل وهذه الامراض غير معروف

وربما نقول ان الالتهاب النزلى القمى الذى يصاحب التيفوس على الدوام هو السبب فى حصول الالتهاب النكفى بواسطة امتداد الالتهاب النزلى من الغشاء المخاطى القمى الى القنوات الناقلة لهذه الغدة ومع ذلك فهذا منقوض بان كثرة حصول الالتهاب النكفى فى اثناء سير التيفوس ليس بنفسبة شدة اصابة الغشاء المخاطى القمى وكذا يتقضى بان التهابات النكفة تحصل كذلك فى غير هذا المرض من الامراض غير المعهوبة

بتغير في الغشاء المخاطي الفموي وحيث ان الالتهاب النكفي العرضي لا يحصل فقط في التهاب امراض التسممية الحادة بل في الالتهابات الرئوية ايضا فن الجائز ان يكون تهيج الغدة ~~النكفية~~ متعلقا بتسمم الدم والقول بان هذا الشكل في بعض الاحوال عبارة عن بحران ذي تأثير جيد في سير المرض الاصلى خطأ مؤسس على نظريات تنافي الحقيقة فانه متى طرأ الالتهاب النكفي مدة سير بعض الامراض الثقيلة اعتبر مطلقا مضاعفة ثقيلة غير مألوفة

(الصفات التشريحية)

التغيرات التشريحية في الالتهاب النكفي الذاتي ليست معلومة انما كيدا فانه ليس عندنا استكشافات تشريحية مرضية لا واسطية لكون سير هذا المرض يكاد يكون على الدوام جيدا انما يحكم بكل من راحة الورم وقلة الآلام التي تصاحب ابتداء هذا المرض ولا سيما بالزوال السريع لهذا المرض بدون ان يتخلفه اثر على ان هذا الالتهاب يتقوم من مجرد نضح مصلى ونحن وان ذكرنا فيما تقدم ان هذا المرض يبتدىء بالقنوات اللعابية الا انه لا يشك في كون مجلس الانتفاخ في المنسوج الضام السكاثر بين القنوات الغددية وفي المنسوج الخلوي المحيط بالغدة ويكون الورم غالبا ممتدا امتدادا زائدا عن حدود الغدة ولا يستغرب ظهور انتفاخ اوزيماوى عظيم حول القنوات المذكورة فان ذلك يشاهد بكثرة في احوال اخرى مماثلة لذلك ومن النادر حصول نضح لبقى صلب في هذا الشكل وتكون صديد ولا نعلم ان كان منشأ النقيج المنسوج الضام او الغدة نفسها لكن من القريب للعقل ان تكونه يكون كمنكونه في الشكل العرضي

واما الالتهاب النكفي العرضي فانه يبتدىء باحتقان عظيم في الغدة طبقا لمشاهدة الشهير (فرچوف) وبذلك يصير المنسوج الخلوي رخوا ومنه فذا ثم تحصل بسرعة تغيرات في القنوات الغددية ويجاريها الناقلة فيجتمع فيها مادة لزجة خيطية مبيضة او مصفرة تكسب الصفة الصديدية بسرعة بحيث يرى فيها بالمكroskop في اليوم الثاني والثالث جسيمات صديدية مصهوبة بكثير من الجسيمات اللعابية وعند تقدم التغير المرضي يحصل لين وتلاش

في القصبصات الغدنية يتبدى من باطنها بحيث ان الصببات عمال قليل تحتل
بالصدى وتكون تجاوي فمثلة به ايضا وأخير انتشارى الطبقة الغدنية
الخاصة بالقصبصات الغدنية ويمتد التقيج الى المنسوج الضام وهذا التقيج
الخلاقي قديمه ليسرعة فيكسب خاصية الانتهابات القلعة ونومة المنتشرة
وفي مثل هذه الاحوال يتكون خراج نكفي عظيم او يتلاشى الجوهر
الغددي وهو الغالب وبذلك تنشأ خراجات صغيرة عديدة مع بقاء الجوهر
الخلاقي الضام ثم ان كلاً من الانتهاب والتقيج قديمه من منشئه الى
اتجاهات مختلفة فتنشأ عن ذلك عوارض خطيرة وغالبها حصول امتداد الى
المنسوج الخلوى الجوارى الى عضلات المضغ والى سمحاق القوس الزوجى
او الصدى او سمحاق العظم الاسفني والى العظم نفسه وعند ارتقاء هذا
المرض الى درجة عظيمة يمكن امتداده من العظام الى السحايا الدماغية والى
جوهر الدماغ نفسه والى الاذن الباطنة والوسطية وهذا الامتداد
كما يحصل بواسطة العظام قد يحصل بواسطة العجدة الالوعية والاعصاب
وبالجملة فقد يؤدي التهاب النكفة الى الانتهاب الوريدي سيما التهاب كل من
الوريد الوجهي الظاهر المقدم والخليقي والوريد الوجهي الظاهر والى
تكون سد فيها وفساد هذه السدى يمكن ان ينتج عنه ظواهر سرمدية او فساد
الدم الصدى

(الاعراض والسير)

التهاب النكفة الذاتى الغالب فيه ان تكون اعراضه الموضعية منسجومة
بجمعى خفيفة فكل من الاضطراب العام والهبوط والم الرأس وفقد الشهية
واضطراب النوم وغير ذلك من الظواهر التى تصاحب هذه الحمى كغيرها من
الحميات تعتم برظواهر سابقة لالتهاب النكفى الذاتى وبعد اسقرار الحمى
يومين او ثلاثة واحيانا وقت ظهورها يشاهد تكون ورم يتبدى من شحمة
الاذن ثم يمتد بسرعة الى الوجنة ثم الى العنق غالباً والغالب ان يكون مجلس
هذا الورم احدى صفحتى الوجه ويكون صلباً من مركزه رخواً من دائرته
والجلد المغطى له يكون باهتاً او محمراً قليلاً وهذا الورم يكون مصحوباً بالحمى
توترى ضاعط لكنه غير شديد جداً وحركات الرأس تكون عسرة بحيث

لا يكون للمريض قدرة على فتحه الا بعسرويه جده عند مصعوبة عظيمة
في المضغ والازدرداد وأما افراز للعاب فيكون اما متزايدا ومتناقصا او باقيا
على حالته الطبيعية ومكابدات المريض لا تكون بنفسه التشوه الزائد
الحاصل له الموجب للضحك لا للرثاء لحاله والغالب ان المرض يتبدل الى الصفحة
ال اخرى من الوجه بحيث يشاهد ازدياد الانتفاخ ثم اعند تناقص الانتفاخ
في الصفحة الاولى والانحطاط في الحركه الحمية وفي نحو اليوم الخامس
والسادس والسابع يأخذ الورم في التناقص الى أن يزول وتنطفئ الحمى
بالكلية فيكتب الوجه هيمته الطبيعية بعد مضي ثمانية أيام او عشرة ومع
ذلك لا يزال في قسم النكفة مدة مختلفة من الزمن ورم محدود غير مؤلم يابس
وأقل من ذلك حصولا ان يصير الورم أشد ألما في اليوم الخامس والسادس مع
ازدياد الاعراض الحمية واشد يوسه واحمرارا وحينئذ تسكون خراجات
تنفتح من الظاهر ومن القناة السمعية الظاهرة

ثم انه قد يشاهد مدة سير التهاب النكفي خصوصا في الرجال اصابة إحدى
الخصيتين والصفن بالتهاب كالتهاب النكفي وحينئذ تحصل آلام في قسم
القطن والعجز وفي النساء توران الحمى تسكون ارتشاح مصلى في الطبقة
العمدية للخصية وانتفاخ اوزيماي في الصفن بحيث يكون ورم قابل التور
بحينا ويندر أن يكون محمرا وهذا التهاب يكون عادة ذا سير حميد كالتهاب
النكفة فانه ينتهي في أيام قلائل بالتحليل وقد يعماق أحيانا التهاب النكفة
مع التهاب الخصية فيزول أحدهما عقب ظهور الآخر وبالعكس حتى ان
بعض الأطباء قال بأن التهاب النكفة الذي وعده من الظواهر
الاتقالية وقد يقطع كل من هذين الالتهابين سيره مع الآخر ويظهر حينئذ
ان السبب في حصولهما واحد وليس ظهور أحدهما ناتجا عن زوال
الآخر ومثل ما يشاهد في الرجال من اصابة الصفن ما يشاهد في النساء احيانا
من اصابة الشفرين العظمين والتدين باوزيمائية قلبية الآلام وفي
أحوال أخرى يظهر من وجود آلام تزداد بالضغط في أحد قسمي المبيضين
أن المبيض مجلس لالتهاب خفيف كالخصية بل قد يكون كل من الغشاء
الخاطي في المعدة والبلعوم والانف والمتحمة مجلسا لالتهاب اوزيماي

عظيم الشدة قصير المدة في اثنائه ير الا التهاب النكفي الوبائي فقد انتدبت
منذ قليل من الزمن الى مريض مصاب باعراض التهاب معدى شديد وهي
الاحساس بالغم غير طاق في قسم المعدة وفي متواتر عقب كل مطعموم وهي
شديدة وغير ذلك في البحث الجلي يظهر لي ان الاصابة الموجودة سبقها التهاب
نكفي خفيف منذ ثمانية ايام واعتقب زوالها التهاب في الخصية لم يزل اثره
باقية في المريض وبعد ذلك اليوم الخامس من ذلك شفي بالمالحة الحقيقية جدا
وبالجلية قد يشاهد احوال يظهر فيها في مدة سير التهاب النكفي الذاتي
التهاب سحائي ينتهي انهاء محزنا

واما التهاب النكفي العرضي فان حصل في اثنائه شدة التيفوس او غيره من
الامراض التي ذكرناها فلا تشكى المرضى الواقعة في حالة الخدر والهبوط
بالام ولا غيرهما من الاعراض وقد يكون تكون ورم النكفة مسببها
بقشعريرة خفيفة وثوران في الحنجرة وهذا الشكل يظهر تارة بالتدريج وتارة
فجأة والغالب ان يكون قاسرا على صفعة من الوجهة وماذا حصل التهاب
النكفة مدة النقاهة من التيفوس فيكون مصحوبا بالاعراض المحسوسة
للمريض التي ذكرناها عند الكلام على التهاب النكفي الذاتي

ثم ان هذا الشكل قد ينتهي بالتحلل ويحصل بسمولة اذا كان الورم تدريجيا
وكان قليل القيس متوسط الحجم ونقصه يحصل اما بسرعة واما ببطء وقد
ينتهي بالتفجيع حينئذ يصير الورم غير منتظم أي ذات فتحات شديدة الاجرام
ويظهر الفروج في جلته اصفارا منه غالباً وبعد انفتاح هذا الورم ذاتياً او
صناعياً يخرج منه قيح جيد وانفتاحه قد يكون في آن واحد من الظاهر وفي
القناة السهمية الباطنة ويندر نقاحه في تجويف القم أو الباعوم وبالجملة
قد يسرى الصديد ايضا الى اسفل على طول الهنلة القصية الترقوية الحليمة
او المريء او القصبة الهوائية ويكون خراجات الشدايرية في الجزء السفلي من
العنق بل وفي تجويف الصدر كما ذكره (برنس) وعند انتهائها بالتسكركز المذشر
والتمرح يصير لون الجلد ازرق داكنا والورم بعد ان كان صلبا جدا يصير عجيبا
ريحيا وبعده فكه يخرج منه سائل صديدي متغير اللون عتري يقاها جوهرية
كريمة الرائحة

• (المعالجة) •

حيث ان التهاب النكفة الذاتي اذا ترك ونفسه ينهش بالتحلل غالباً فيقتصر في المعالجة على حفظ المريض من المؤثرات المضرّة وتنظيم حالة الهضم والتبرؤ من مريض بالجلوس في اودته ويغطي الورم بقطعة من القطن او بكيس مخشوباً زهراً عطرية ويجنب الاغذية الحيوانية مادامت الحكة وقد يلتجأ في بعض الاحوال لاعطاء مقيء او مسهل واذا خشي حصول التقيح وكان التيسر عظيماً والام متزايدة والحكة شديدة وجب ارسال العلق لتجنب حصول التقيح وينبغي في الاحوال التي فيها يشاهد القوج استعمال الضمادات القاترة والمبادرة بالفتح لاجل تدارك تهتك النكفة وتجنب اقصاب الصديد في القناة السمعية الظاهرة

وقد اوصى بعض اطباء لاجل تجنب حصول المبتاسة اذى اى الاتقال المرضى باستعمال وضعيات مهيجة كما اوصى بوضع الضمادات الخردلية او الحاراريق على قسم النكفة عند نزول ورم هذا العضو واصابة العفن أو الخسفية لاجل ارجاع المرض الى محله ثانياً لكن قد دلت التجارب على ان هذه الطريقة مضرّة لا فائدة فيها

واما الالتهاب النكفي العرضي فلا تتحمل فيه الاستئثرات الدموية بسبب ثقل المرض الاصلى واذا كان الورم صلباً شجراً ولم تسمع عمل الوضعيات الباردة او الجليدية ومتى تكون القوج وجب استعمال الضمادات القاترة والمبادرة بفتح الخراج

• (المبحث الحادى عشر فى التهاب) •

لا ينبغي اعتبار التهاب خضام مستقلاً لانه عرض لامراض مختلفة الا انها تتبع العادة الجارية فيه المتفق عليها في دراسة الباثولوجيا فنشرح التهاب اى الافراز المرضى للالتهاب في مبحث مستقل فنقول

كمية الالتهاب المنقرضة في باطن القهم مدة الاربع والعشرين ساعة تكون عادة من عشر اواق الى اثنتى عشرة ويختلف اخيراً لافاعظيما في حالة لصحة

فالاوجود حينئذ يعرف التهاب وهو زيادة مرضية في افراز الالتهاب بانه حالة مرضية بواسطة الاصل الالتهاب المنقرض الى المدة مع الاغذية بكيفية غير

مدركة كفاي الحالة الصحية بل بعضه يسيل الى خارج الفم وبعضه يتدفق
مع البصاق وبعضه يزدد على انقراذه حيث يحصل من تراكمه تعب
للمرضى

*(كيفية الظهور والاسباب) *

يستدل من علم الفسيولوجية على كيفية حصول اغلب اشكال التلعاب
ومنها ما لا تعرف كيفية حصوله

وللتلعاب اسباب منها المهيجات التي تؤثر في غشاء المخاطي القمي او البلعومي
ولذا ان ادخل الجوهر المهيجة في الفم حصل منه التلعاب كما يحصل عقب
جميع الامراض التي ذكرناها في المباحث السابقة وكذا اغلب امراض الفم
الجراحية وقد دلت التجارب الفسيولوجية المنسوبة للشهير (لودويج)
على ان افراز اللعاب يتزايد عقب تهيج بعض الاعصاب كالعصب اللساني
الاتي من التوامي الثلاثي والعصب الوجهي والعصب الاساني البلعومي
وعلى ان هذا التزايد في افراز اللعاب يحصل ايضا عقب قطع كل من العصب
اللساني واللساني البلعومي وتهيج طرفه المركزي وبهذا ثبت ضرورة
ان التهيج اتسمل من الاعصاب المنقطعة ان الاعصاب المنوطة بافراز اللعاب
اي ان التلعاب حصل بطريق الانعكاس وبمثل هذه الكيفية يعتبر حصول
التلعاب الذي ينتج عن تهيج القريعات الدائرية للعصب اللساني واللساني
البلعومي بواسطة تعاطي الاغذية المهيجة وجروح الفم وقروح اى انه
يكون ظاهرة انمكسية وكذا يعتبر حصول التلعاب في الامراض العصبية
للتوامي الثلاثي وكذا التلعاب الذي ينتج عن تعاطي الاستحضارات الزئبقية
والبيودية فيظهر انه ليس ناشئا عن مجرد اختلاط هذه الجواهر باللعاب بل هو
ناجم عن التهيج الذي يكابده الغشاء المخاطي القمي من امتصاص افراز الجواهر
المذكورة فيه اذ لا يتصل غالبا وخصوصا بزيادة اللعاب الا بعد امتصاص هذه
الجواهر زمنا طويلا ولا يندئ التلعاب الا بعد اصابة الغشاء المخاطي القمي
بتأثير هذه الجواهر المستقرة ولذا وجد العلم (ليمان) عند البحث عن اللعاب في
ابتداء التلعاب الزئبقي ان الواد الخارجة من الفم ليست ممتلئة من
اللعاب بل من مواد مخاطية مخترجة بمزيجات من اخلية بشرية منحصلة

من الغشاء المخاطي والاستحضارات اليودية التي يندرج تحتها الداءات الحادة
الحمية قل ان ينتج عنها التلعب ولو ان افراز هذه الاستحضارات مع اللعاب
في الفم يحصل بسرعة عظيمة وكون التلعب ينتج عن استعمال جواهر غير
المذكورة مثل كلور وور الذهب وغيره من الجواهر المعدنية والنباتية
بطريقة كاملة مقدمة امر مشكوك فيه

ومما ان التلعب بحسب الظاهر يتعلق في كثير من الاحوال بالمهيجات التي
تؤثر في الغشاء المخاطي المعدى والمعوى بل وكذا الرحم وغيرها من الاعضاء
وقد ثبت بالتجارب الفسيولوجية للشهير (فيرير كس) ان تهيج الغشاء
المخاطي المعدى يزيد في افراز الغدد الاعيانية فانه عند ادخاله بعض المطعومات
في معدة الكلاب من قهوة ناصورة معدى شاهد افراز لعاب غزير وبداخل
ملح الطعام يشاهد سيلان كمية عظيمة من المواد الاعيانية من الفم ويسقط
من هذه التجربة ايضا ان تهيج الاعصاب المعدنية يعكس في الاعصاب
المنوطة بافراز اللعاب وبهذا يبين علل ازدياد سيلان اللعاب الذي يصحب
كثيرا من الامراض العضوية للمعدة كقرحها وسرطانها وغيرها
واللعاب الذي يسبق التي سوانتج عن مقبلي او افراط امتلاء المعدة
او امراض معدية وهذه الكيفية ايضا توجد في التلعب الذي يصحب
نوب المغص الناتج عن الديدان المعوية حتى ان العامة تجزم بوجودها متى
وجد سيلان مواد مائية من الفم وينبون ذلك لتهيج المعان تلك الديدان
ليكن نسبة التلعب مدة الاثني عشر الاول في الحمل وفي الاحوال الاستثنائية
الرجسية الى انعكاس التهيج العصبي التناسلي في الاعصاب المنوطة باللعاب
أقل وضوحا

ومما ان التلعب يتعلق به عن انفعالات نفسية فالتأثرى حصوله من
اشتزاز النفس من الاسماء المكروهة المستفجرة والشهرة والمشاهدة
المعلومة من ان تهيج الدماغ تهيجا واسطيا يزيد في افراز اللعاب امر مهم الجأ
النفسى ولوجيبين الى القول بان منشأ الاعصاب المنوطة بافراز اللعاب في
الدماغ اذ تهيج الزوج التوأمي الثلاثي والوجهي ولو في الاصفار التي لم تحتلط
فيها بالاياف السمائية اعنى اعلى العقد العصبية يزيد كذلك فعل الغدد

اللعابية

ومنها أن التلعاب يشاهد مدته سير بعض الامراض الثقيلة كالتيهوس
والجلى المتقطعة بدور اسباب مدركة حتى ان بعضهم اعتبره ظاهرة بحرانية

لهاتيك الامراض

وبالجملة توجد احوال فيها يكون بعض الامتناع الجيدى الصحة في الظاهر
مصابين بتلعاب مستعص يدون اسباب مدركة واماس لان اللعاب من البله
وانطاعين في السن فالظاهر انه لم ينتج عن ازدياد افراز بل عن اهمال
ازدراده

(الصفات التشريحية)

التغيرات التشريحية التي تعترى الغدد اللعابية عند ازدياد افرازها غير
معروفة لنا ويدر ان يشاهد في احوال التلعاب المستعص الشديدا تنقاخ
خفيف في الغدة الكفية وكون الاحتمان الوعائى للغدد اللعابية الذي ينتج
عنه تنقاخ منسوجها وارتشاحه بمادة مصلمية ليس وحده هو السبب في
ازدياد الافراز اللعابي يستنتج من أن تهيج الاعصاب بنشأته ازدياد في الافراز
المذكور ولو بعد انقطاع ضربات القلب

(الاعراض والسير)

كل من آلام القم والانتفاخ المؤلم في العقد اللينفاوية المشاهدة في التلعاب
يخص اعراض التهابات القم المختلفة الشكل المدته لتلعاب لان التلعاب
في حد ذاته لا ينتج عنه ألم بل تسكدر عظيم للمرضى لان تراكم اللعاب بسرعة
في اندم يلجئهم لتكرار البصاق بحيث يمنعههم عن استرسال الكلام وبه تضطرب
راحتهم ليلا اما بسبب رطوبة الوسادة او باشجار اللعاب الى الحلق ووصوله
الى تجويف البلعوم والخنجرة والسائل المنقرز الذي قد تبلغ كميته سبعة
ارطال او ثمانية مددة اليوم والليلة يكون كما قاله (ليمان) في الابداء اكثر
مخاطبة وتعاكر اوزن نوعي ثقبيل اى انه يكون في هذه الحالة انقل منه في
الحالة لصحية ومحتوي على عناصر جامدة (اعنى الخلية بشرية حديثة
التكون او قديمة) اكثر من الحالة الطبيعية وذا خواص قلووية ومحتوي على
كثير من المواد الشحمية وقليل من الالبثالين اى اللعابين ويندر احتمال

على قليل من رردان البوتاسيوم (وعو ملح اجرورد : اللون) وفي انتماسير
التلعاب يكون السائل المنقرز اقل من الاماب الصمى تعكرا واستواء على
مواد صلبة فيكون مثل اللعاب الذى تحصل عليه (لو و شج) بتنجيح الاعصاب
المنوطة بافراز هذا السائل تهيجا مستقرا وهذا السائل يكون ايضا اذا
خواص قلوبية ويحتوى على كثير من الموارد الشهمية وجسيمات مخاطية
ولا يحتوى على رودان البوتاسيوم مطلقا وقد يشاهد في اللعاب بسير من
مواد زلالية خصوصا اذا استمرت مدة التلعاب

ثم انه في انتماسير التلعاب يحصل للمرضى نفاقة عظيمة ليست ناشئة من فقد
الكمية العظيمة من الماء والاجزاء العسوية فقط بل وعن تعذر المضغ ايضا
سبب الاتهاب القهوى وقلة التغذية الناشئ ذلك عن عدم تناول المعلومات
وهذهما فان اللعاب المزدر بكثرة يعوق الهضم

* (المعالجة)

اما المعالجة السببية فتستدعى في الاموال التي يكون فيها التلعاب ناشئا عن
امراض الفم معالجة لا تنه بالمرض الاصل وتسترعى في الاحوال التي
يكون فيها التلعاب ناشئا عن الانفراط في تعاطي الاستحضارات الزئبقية
استعمال المسملات اللطيفة اذ بهذه الوسائط يتيسر قذف الجواهر الزئبقية
من الامعاء ولهذا كانت أجود تأثرا من المعرقات والمدرات وكذا التلعاب
لناجى عن امراض في المعدة او المعى او الرحم فانه يستدعى ايضا معالجة
المرض الاصل واما في غير هذه الاشكال من التلعاب فلا يمكن اتمام
ما تستدعيه المعالجة السببية

واما معالجة المرض نفسه فتستدعى استعمال المحولات كالحمامات
العمومية ووضع الحرا ريق والليخ الحردلية على العنق والقفوا واضامض
الماخوذة من محلول الشب وكبريتات الحار ه بنى ومطبوخ المريمية وقشور
البصلوط لكن انجح الجواهر استعمالها هو الافيون وما يستدعيه العقل
رئس تحسنه تطبيق النظريات على العمل عند تأسيس المعالجة الطبية
واجرائها كما في هذه الحالة فان استعمال الافيون في التلعاب مودى به من
معظم مشاهير اطباء المتمرنين في العمل وحيث بقية الاعصاب يحصل

زيادة في سيلان اللعاب فمن المعقول انه عند زيادة الافراز تستعمل وسائط
علاجية كالحذرات بها ينحط التنبيه وينزل وهناك احوال من التهاب
الذاني تسبب عن المعالجة

(الفصل الثاني في امراض الحلق)

المبحث الاول في الالتهاب النزلي للغشاء المخاطي المعروف
بالذبحجة النزلية

(كيفية الظهور والاسباب)

بمجموع الاضطرابات الوظيفية والغذائية الدالة على الالتهابات النزلية كثيرا
ما يشاهد في الغشاء المخاطي للبلعوم وقوائم اللهاة والغصمة واللوزتين
ويطلق عليه لفظ ذبحجة نزلية

والاستعداد للاصابة بالالتهاب النزلي الحلقى يختلف باختلاف الاشخاص فمنهم
من يصاب بسرعة هذا الالتهاب متى تعرض لادنى مؤثرات مرضية ومنهم
من لا يصاب به ولو تعرض لها فيبقى سليما او يصاب بمرض في اعضاء اخرى
وهناك اشخاص يصابون به - هذا الالتهاب كل عام مرارا ومنهم من لا يصاب به
جملة اعموم

والاسباب التي تقضى الى زيادة الاستعداد للاصابة بالذبحجة النزلية اغلبها غير
معروفة لنا وقد اشتمر ان المزاج اللينقاروى يهيئ للاصابة بالذبحجة الحلقية
النزلية اكثر من غيره وان الاشخاص ذوي البنية الخدازية اكثر اصابة من
غيرهم ولا مانع من ان الاشخاص الاقوياء البنية اى الذين لا يشاهد في بنيتهم
ادنى تغير يصابون بالذبحجة النزلية بكثرة عند تعرضهم لادنى اسباب مرضية
وهذا المرض في الاطفال والشباب اكثر حصولا منه في الشيوخ ومما ينشأ
عنه زيادة الاستعداد لهذا المرض تكرارا للاصابة به وعن يكون معرضا
لاصابة به هذا المرض بنوعيه الحاد والمزمن الاشخاص الذين كانوا مصابين
بالداء الزهري او تعاطوا الاستحضارات الزئبقية زمانا طويلا

ومن الاسباب المهمة للذبحجة النزلية المهيجات التي تؤثر في الغشاء المخاطي
الحلقى بدون واسطة كالجواهر الحارة والكأوية وبعض الشوالة والاشطايا
العظمية الحادة التي تنسب بالغشاء المخاطي الحلقى ويظهر ايضا ان الذبحجة

البلعومية الناشئة عن الإفراط في استعمال المشروبات الروحية متعلقة
 بالنهيج اللاواسطي لهذه الجواهر ومنها تأثير البرد ومنها امتداد الالتهايات
 الزلجة من بعض الأعضاء إلى الغشاء المخاطي الحلقى كالذبحة الحلقية الزلجة
 التي تصحب الالتهاب القمى الزئبقى وكذا التي تصحب التزلات المعدية لكن
 ينبغي التنبيه لأن الذبحة الحلقية ليست متعلقة على الدوام بحالة اضطراب
 معدى كما كان يظن سابقا ومنها أن تكون التزلة الحلقية نتيجة تغبير مرض
 في الدم فهي لا تغبير بالنسبة للقرمزية مضاعفة بل عرضا من أعراضها
 الملازمة لها كالطفح القرمزى الذي يظهر على الجلد ويتدرج وصوله هذا
 المرض في أحوال التيفوس الطفعى والحصبة اللذين يكونان على الدوام
 مصحوبين بتغبير زئبقى في الغشاء المخاطي للمسالك الهوائية والداء الزئبقى
 الذى هو من جملة الديكرازيات المزمنة كثيرا ما يظهر على شكل التهاب
 حلقى زئبقى لكن عما قبله من الزمن تظهر تغيرات أخرى مرضية في الغشاء
 المخاطي الحلقى سند كره، فيما بعد ومنها ظهور الالتهاب الحلقى الزئبقى
 الذبحة البلعومية ظهورا وبائيا قصاب به جملة من الأشخاص في زمن واحد
 بدون أن تعرف الأسباب الحديثة لذلك وقد توجد أحوال فيها الأسباب القديمة
 للذبحة الزلجة غير معروفة لما

(الصفات التشريحية)

الذبحة البلعومية الحادة يظهر فيها الغشاء المخاطي للحلقى لاسيما جزؤه المغطى
 لقوائم اللهاة أجرفا كثيرا أو قليلا ولا واة قاح هذا الغشاء والمنسوج
 الخلوى تحته يكثر ظهوره في الغلصمة وضحا قائم محتوية على منسوج
 خلوى كثير الهشاشة تحت الغشاء المخاطي وحينئذ تصير الغلصمة ثخينة
 مستطيلة قد لا من قاعدة اللسان غالبا (وهذا ما يسمى عند العامة ببسقوط
 الغلصمة وعند عامة بلادنا سعال السودان بآبي اللسان)

* (تنبيه) * كثيرا ما ينسب في بلادنا السعال مهما اختلفت أسبابه لسقوط
 الغلصمة خطأ ويرتفع على ذلك قطعها بالاطاقل غالبا وتكون اللوزتان
 منتفختين قابلا أو كثيرا في الابتداء يكون الغشاء المخاطي جافا ثم يغطى
 بافراز مخاطي متعكر متراكم على اللوزتين والجدار الحلقى للبلعوم

واما الانتهاب الحلقى المزمن فيظهر فيه الغشاء المخاطي محمرا احمرار اغبر
مستويا قابو بوجهه اوعية ورديّة دواليه وبقع مسمرة داكنة بجمّة متينة
والانتفاخ فيه يكون عظيما واقل انتظاما منه في الشكل السابق ويظهر
هذا الغشاء جافا لما عاتاة وتارة مغطى بافراز مخاطي عكر والغالب ان يوجد
على قوائم اللهاة والغصّة حويصلات مصفرة تنفجر ويخلفها قروح جارية
مستديرة ويوجد ايضا في الفصحات التسعة من اللوزتين سدود جينية ذات
رائحة كريهة وتجمعات حجرية عبارة عن افراز أجربة اللوزتين المتكاثف
المتعفن او الماكس

ثم ان النزلة الحلقية المزمنة اشتهرت في هذا العصر وصار الكلام عليها في
الجرائل الطبية اكثر منه في كتب الطب وهذا المرض قد يكون قاصرا
على الغشاء المخاطي الحلقى وقد يمتد الى الغشاء المخاطي الخنجري والجهة
الخلفية من الغشاء المخاطي الانفي والتغيرات الواصفة له تشمل على احتمالان
غير مستويين بحيث لا يرى على الغشاء المخاطي الباهت الالبعض اوعية دواليه
متمدة وانتفاخ او ضخامة في هذا الغشاء يكون امامه تقشر استواء او قاصرا
على بعض اجزاء هذا الغشاء المذكور وعلى ازدياد في افراز الاحرابة المخاطية
بسبب انتفاخ هذا الغشاء انتفاخا جريئا والمنسوج الخلوي تحته يكتسب
الغشاء المخاطي الباعوي هيئة جيبية فيشاهد فيه ارتفاعات عديدة
مستديرة او بيضاوية منعزلة او مختلطة ومن ثم ساغ تسمية هذا الشكل من
النزلة الحلقية المزمنة بالانتهاب الباعوي الجيبي وسماه بعضهم بالانتهاب
الباعوي الجراحي والنزلة الحلقية الجرازية نظرا لاقتران ضخامة الغشاء
المخاطي الحلقى على محيط الاجرابة المخاطية المريضة ولوان ذلك يثبت
بالمشاهدات القسرية المرضية اللاواسطية وافراز الاحرابة المخاطية قد
يكون غزيرا جديدا وله ميل للجفاف وتكون قد ورنخنة مصفرة ومخضرة
كريمة المنظر وقد يكون في احوال اخرى قليل الكمية وله ميل للجفاف
ايضا بحيث ان السطح الحلقى من الباعوم يظهر مغطى بطبقة رقيقة لامعة
ولذا سماه (لوين) بالانتهاب الباعوي الجاف وهي تسمية جيدة

(الاعراض والسير)

الذبجة الحلقية النزلية الحادة تصطب في الغالب بحصى خفيفة نزلية تسبق
 أحيانا التطواهر الموضعية ويندر أن تفقد بالكلية وحيث أن الإفراز في
 ابتداء هذا المرض يكون متناقضا شتمكي المرضى بأحاسيس جفاف في الحلق
 وبآلام شديدة تزداد عند سركات الزرداد ومنشأ هذه الآلام التوتر الذي
 يعتري الغشاء المخاطي خصوصا في قوائم اللهاة فإن هذا الغشاء فيها يكون
 مشبها تشبها متينا بالعضلات الكائنة تحته بواسطة منسوج خلوي رقيق
 مندمج ولذا يقلص المريض وجهه عند كل حركة ازرداد ومتى حصل انقطاع
 في الغلصمة وهو الغالب ولاست قاعدة اللسان تنبع عن ذلك احساس بجسم
 غريب في البلعوم وتخرج مستقر للزرداد وفي الشكل التمثيل للذبجة
 البلعومية الذي سماه بعضهم بالذبجة الاريمواوية والحجرية (بالمهولة) ترتفع
 الاليف العضلية لقوائم اللهاة بمادة مصلية بها عسرا تمام وظائفها ومن
 المعلوم في الحالة الطبيعية ان انقباض عضلات القوائم المقدمة من اللهاة
 يمنع تفهقر البلعة الغذائية الى تجويف القم وانقباض عضلات القوائم
 الخلفية منها يكون سببا في سد الفوهات الخلفية من الخياشيم عند سد
 الغلصمة أيضا المسافة التي بين تلك القوائم فتحصل عائق في اتمام وظيفة
 هذه العضلات شوهد خروج المواد الغذائية السائلة من الخياشيم او
 ارتدادها الى باطن القم ثانيا عند انقباض البلعوم عليها وقت الزرداد
 وتزداد هذه المشاق في المريض متى صار الغشاء المخاطي البلعومي مجلسا
 لانه اب نزلي شديد وحصل شلل في عضلات هذا العضو عقب ارتشاحها
 بمادة مصلية ففي مثل هذه الحالة متى وصلت البلعة الغذائية لاسم السوائل
 خلف القوائم المقدمة للهاة نصير المرضى في حالة ضجر عظيم اذا لا يكون لها قدرة
 على ازرداد الجواهر المذكورة ولا دفعها الى باطن القم ثانيا وحيث ان
 المواد الموجودة في البلعوم يمكن ان تدخل في الخنجرة عند الحركات التنفسية
 فالمرضى توقف حركة التنفس وتجتهد لاجل الحصول على دخول الهواء ثانيا
 بدفع هذه المواد الى خارج القم بحيث يتخفون الى الامام ويخرجون رؤوسهم
 من الفراش ومع ذلك قد يدخل يسير من الجزيئات التي في الحلق الى الخنجرة
 ولا يدفع الى الخارج ثانيا الا بعد سركات تشنجية سعالية شديدة وفي مثل

هذه الحالة تخشى المرضى من تعاطى الجواهر الغذائية او الدوائية السائلة
وتفزع من ذلك غاية الفزع وتستمر على وضع متعب جدا اليه لا يملكون الا لاجل
خروج الاعباب من القوم وعدم ازدراده

ثم من العلامات الدالة على جميع امراض الحلق التي بها تعاق عضلاته عن
انعام وظائفها والواصفة للاشكال القليلة من الذبحة الحلقية التسكلم بصوت
انفي أى اخن اذن المعلوم انه عند النطق بحرف الذنون والميم يمر من
الحنيا شيم تيار هوائى خفيف واما عند النطق بياق الحروف فتبقى الحنيا شيم
منسدة فيحصل للمرضى الذين لا قدرة لهم على غلق الحنيا شيم بسبب عدم
انقباض القوائم الحلقية من الالهة نوع خن في جميع المقاطع بسبب رفايتها
في التجاوب والانقباض يعبر عنه بالنطق الانفي وزيادة على اختلاف رفايتها
التسكلم يوجد عند المرضى ايضا نوع عسر في النطق فيكون نطقهم بطيئا مع
صعوبة فان التسكلم عندهم خصوصا بالمقاطع النونية يحصل منه ألم بسبب
ضغط قاعدة اللسان برهته من الزمن على الالهة وبالجملة في الوصف لهذا
المرض ايضا شدة الألم من نطق المقاطع الحلقية او تعذره بالكلمة عند كثرة
اتفاخ الغلصمة واسهطاتها اذ بدلتها تزاغصمة اه تزاغصما وكل من
شكل الذبحة البلعومية النزلية الثقيل والخفيف يصطبغ بالتهاب في نزلتي
فيكون اللسان مغطى بطبقة سمكية وطعم القوم متغير اذ اراثة كريمة تملأها
بالاعباب ولا يندرام تعداد النزلة الحلقية الحادة الى بوق استاكيوس ومنهما
الى تجويف الطلبة فيصير السمع ثقلا وتحصل آلام ناعسة في الاذن يمكن ان
ترتقى الى درجة عظيمة جدا ولا تملطف الاعقب ان تقاب غشاء الطلبة وخروج
سائل صديدي من الاذن دفعة واحدة

ثم ان الذبحة البلعومية النزلية تنتهي عما قبل من الايام غالبا بالشفاء فتأخذ
الآلام والمشاقي التي يكابدها المريض عند الازدراد في التناقص تدريجا
وحينئذ يخرج من القوم بالفتح والبصاق مواد مخاطية غزيرة ومع ذلك تزول
اعراض النزلة القمية

واما النزلة الحلقية المزمنة فتكون فيها الآلام ومشاقي الازدراد غالبا خفيفة
الا عند ثوران التهاب النزلتي المزمن زمنافز منابتاثير بعض الاسباب المضرة

الخفيفة سيما في الالتهاب النزلي المزمن للهامة الذي يشاهد عند الأشخاص
الذين كانوا مصابين بالداء الزهري والذين استعملوا الاستحضارات الزئبقية
زمن طويلا

والعادة ان هذه الاعراض الخفيفة في مثل هذه الحالة تصير المرضى في حالة
اضطراب عظيم بحيث يعملون البحث عن الحلق بانفسهم امام مرآة
ويصرون ما ينظرون فيه من بشور تتكون على بعض الاوردة الدوائية المارة في
الهامة ومتى حصل لهم أدنى تألم في الحلق ظنوا انه من الداء الزهري ولا يسكن
روعهم الا بعد بحث الطبيب واخبارهم بانهم ليسوا مصابين به

والنزلة البلعومية التي تشاهد عند المعتادين بالافراط في المشروبات الروحية
من خواصها ان تصطبغ بافراز مخاطي غزير يكون عندهم سببا لتخضم
مستمر سيما في الصباح وكثيرا ما يتسبب عن الجهود التي يفعلونها
للتخلص من هذا الافراز غيثان وفي الصباح يسمى بقى الصباح عند
السكران واما الاشكال الثقيلة من النزلة الحلقية المزمنة سيما الجراية
والحبوبية فانها اكثر ثقلا مما تقدم والازدراد في هذا الشكل الجيبي
وان لم يكن متعسرا لان المرضى تشنكي بتهيج واحساس مستمر بدغدعة في
الحلق او جفاف فيه يلجئهم لفعل حر كات ازدراد غير ارادية وتنفخ وسعال
خفيف وهو الغالب بحيث كثيرا ما يظن ان التخضم المتكرر عندهم نوع
اعتماد ردي وحيث ان الغشاء المخاطي للخجيرة يكون غالبا مشتركا في هذا
الالتهاب فالغالب ان ينضم للاعراض المذكورة بحة خفيفة في الصوت
وعند ثوران اعراض كل من الذبحة الحلقية والخجيرية الجراية يرتفع
السعال الخفيف الى سعال تشنجي شديد والبحة الخفيفة الى انقطاع تام في
الصوت وعند امتداد الالتهاب الى الغشاء المخاطي الانفي ينسد تجويفه في
انشاء الليل ولذا تنام المرضى والنفس مفتوح وبذلك يرتفع جفاف الحلق
والاجزاء الحلقية من اللسان في ساعات الصباح الى درجة عظيمة جدا بحيث
انه عند تحرك اللسان والحلق عند البقطة تكون تسخانات خفيفة في
الغشاء المخاطي لهذه الاجزاء وفي الطلاء المغطى له فتشأ أنزفة خفيفة وكثير
من المرضى يقع في رعب عظيم من هذا الشكل من النفت الدموي الذي

يحصل لهم عند المقلقة والنزلة الخلقية الخجيرة الجارية وان كانت من
الامراض المستعصية الا انها لا تخاطر بحياة المرضى وانما تحدث عندهم
حالة يأس وحرن

واما السدد الجينية التي تكون في اجربة اللوزتين المخاطية فتخرج
احيانا بالتختم وكثيرا ما توقع المرضى في فزع عظيم فانهم يظنون ان هذه المواد
المستديرة المصفرة ذات الرائحة الكريهة عند الضغط عليها من علامات
الدرن الرئوى الا كيدة بحيث يعسر احيانا على الطبيب تسكين روعهم
وتفهمهم انهم غير مصابين بالسسل الرئوى بلزهم ان هذه التقرحات
الكلسية حصوات رئوية

* (المعالجة) *

الالتهاب البلعومي الرئوى الحاد متى ظهر بشدة متوسطة فلا يحتاج للمعالجة
مخصوصة وكثيرا ما لا تلجئ المرضى الا للجائز الدجالات القائلات برفع
الغليظة بجذب شعر مخصوص من فروة الرأس (او الزاعجات برفع الحلق
الساقط كما يفعله عجمان مصر) ومثل هذه الترهات يستتج منها عدم
الاحتياج في مثل هذه الحالة الحقيقية للمعالجة قوية حيث يفهم منها ان مثل
هذا المرض يزول من نفسه فينبغي حينئذ التنبيه في مثل هذه الحالة على
عدم استعمال معالجة قوية لاسيما المقيتات فانها لا تستعمل الا اذا كانت
الذئبة البلعومية مصحوبة بوجود جواهر غير منضمة في المعدة تحدث حالة
نزابة في هذا العضو وحافطة لها ولا يعتمد في مثل هذه الحالة على حلة اللسان
وتغظيه

واما احوال هذا المرض الشديدة فيوصى فيها باستعمال رفائدهم بالماء
البارد وبعد العصر جيدا تلف على العنق ثم تحاط بالضبط بغيرديل جاف فان
خاف المريض من استعمالها ولم يتيسر ذلك لسبب ما يوصى باستعمال
الضمادات الفاترة على العنق ويؤمر باستعمال غرغر من الماء البارد او
محلول الشب او سلقات الزنك او خلات الرصاص او نحو ذلك وقد يتيسر
احيانا إيقاف هذا المرض في ابتدائه بمس الاجزاء الملهمة بمحقوق الشب او
محلول نترات الفضة (بان يوضع درهم منه على اوقية من الماء المقطر) اعنى

٥ جرامات من هذا الجوهر على ٥٠ جراما من الماء
 واما التهاب الحلقى الترنى المزمّن فاجود ما يعالج به استعمال الغراغر
 القابضة السابق ذكرها ومس الاجزاء الملتئمة بمحلول نترات الفضة
 واما النزلة الحلقية المزمنة فانها تحتاج لمعالجة لائقة مستمرة للحصول على
 النجاح فانها كثيرا ما تستعصى عن المعالجة الطبيعية وفي الشكل السيلاني من
 هذا المرض الذي هو اسلم الاشكال عاقبة كثيرا لا تنجح المعالجة لعدم انقياد
 المرضى لتزلز المشروبات الروحية وكثرة شرب التبغ واجود ما يوصى به
 في هذا المرض المس بمحلول نترات الفضة والشب والتمين والظاهر ان
 استعمال هذه السوائل يكون بالاستنشاق على هيئة الرززا نخرج من المس
 بالقرشة وكذا النزلة الحلقية المزمنة المصحوبة بقله الافراز خصوصا الطراوية
 او الحبيبية يظهر ان استعمال هذه السوائل فيها له تأثير منوع في الغشاء
 المخاطى المريض فيحدث في حالة المرض تحسنا عظيما لكن الذى يظهر لى ان
 هذه المنفعة وقمية واستعمال محلول السليمانى وكبيريتور الكلس قليل
 التأثير ايضا والاجود استعمال محلول (ليجول) تبعا لما اوصى به المعلم (لوين)
 المركب من ست فجمات من البود واثنتى عشرة من بودور البوتاسيوم على
 ست اواق من الماء المقطر فبالنجارب الجديدة ثبت ان المس به هذا المحلول
 جيد المنفعة فى النزلة البلعومية الخاففة سواء كانت مصحوبة بتعميمات ام لا
 وكذا من الممدوح بكثرة فى هذا الشكل الاخير المياه المعدنية القلوية
 الكلوروردية كماء امس والمياه الكبرى يئمة الطبيعية كماء وايلنج وغير
 ذلك من يناسب وحامات البرزين

(المبحث الثانى)

فى التهاب البلعوى ذى الغشاء الكاذب ويسمى

بالزججة البلعومية الغشائية

(كيفية الظهور والاسباب)

فى التهاب البلعوى ذى الغشاء الكاذب تكون الاغشية الكاذبة ملتصقة
 بالغشاء المخاطى المتتهب المتصاقا متينا بحيث يختلف نزعها فقد جوه سطحي
 دام ولذا نعتبه هذا الالتهاب استحالته من الالتهاب ذى الغشاء الكاذب الى

الدفتري

ثم ان الذبجة الغشائية الحلقية نارية يكون حصولها ذاتيا عقب تأثير الاسباب التي تفضي الى النزلة البلعومية الحادة بحيث يظهر ان الالتهاب ذا الغشاء الكاذب احيانا ليس الاشكلا شديدا من الالتهاب النزلي الحلقى وتارة يكون التهاب الغشاء المخاطي الشديد ناشئا عن التهاب شديد في اعضاء كائنة اسفل منه ولذا كثيرا ما نصادف تكونات غشائية على اللوزتين في احوال الذبجة اللوزية الشديدة وتارة تكون مصاحبة لغيرها من الالتهابات ذات الغشاء الكاذب المصبية لغيرها ذا الغشاء من الاغشية المخاطية كالغشاء المخاطي الخجبرى او القصي ونحوهما وحصولها اما ان يكون افراديا او بآثما وهو الغالب وفي هذه الحالة يكون امتداد الالتهاب الذي نحن بصدد ما من الخنجرة الى الحلق او من الحلق الى الخنجرة ويسمى في الحالة الاولى بالصاعد وفي الثانية بالنازل وتارة تشاهد هذه الذبجة مصاحبة لغيرها من الالتهابات الغشائية والدفتيرية في الدور الاخير من التيفوس والتسمم الصديدي وغيرهما من الامراض المماثلة لذلك

(الصفات التشريحية)

يشاهد على الغشاء المخاطي المحمر جدا في اللهاة واللوزتين والبلعوم مواد غشائية مبيضة او سنجابية ذات قوام مختلف مكوّنة في الغالب للطخ صغيرة مستديرة غير منتظمة ويندر ان تكون مكوّنة لامتدادات غشائية عظيمة ولا يوجد اسفل منها قد جوهري في الغشاء المخاطي

(الاعراض والسير)

لا ينشأ عن الذبجة البلعومية الغشائية اذا طرأت بانفرادها ولم تضاعف بغيرها من الامراض الا الاعراض التي ذكرناها في الشكل الشديد من الذبجة الحلقية النزلية وانما يبحث عن البلعوم بمجرد النظر يعرف شكل هذا الالتهاب لكن ينبغي الحذر من اخلاط الطخ السنجابية بالقرح البلعومية الشهيمية القاع

والاعراض الحسية اى التي يحس بها المريض في احوال التهاب اللوزتين لا يحصل فيها اذى غير عند تكون اغشية كاذبة على الغشاء المخاطي بحيث

لا تعرف هذه الحالة الا بالبحث بالنظر ايضا
واما الذبحة البلعومية الغشائية التي تصعب الالتهاب الخجري ذا الغشاء
الكاذب وتظهر عادة ظهورا وبائيا فكميرا اما لا تعرف لان اعراضها واهمية
تسكاد تحتني من اعراض المرض الذي تصحبه لاسيما انهم لا تصيب الا الاطفال
وبالنظر في حلق الاطفال المصابين بالسعال الديكي يشاهد مغطى بالغشائية
كاذبة غالبا بدون ان تتشكى هؤلاء الاطفال بعسر في الازدراء ولا تلتئم لها
اهلهم ولذا ينبغي للطبيب ان يبحث عن حلق كل طفل بالنظر كلما حصل عنده
بحجة في الصوت

* (المعالجة) *

الذبحة البلعومية الغشائية التي تحصل بانفرادها عقب تأثير البرد ونحوه
لا يلجأ في معالجتها الا لاستعمال الوسائط العلاجية التي ذكرناها عند الكلام
على معالجة الاشكال الثقيلة من الذبحة البلعومية النزلية
واما الذبحة البلعومية الغشائية التي تصعب الالتهاب الخجري ذا الغشاء
الكاذب فتستدعي أولا ازالة الغشائية الكاذبة بسرعة ثم كي الغشاء المخاطي
المريض بمحاول مر كمن تترات الفضة كياقويا

* (المبحث الثالث) *

في الالتهاب البلعومي الدفتيري اى الغشائي التقيحي

ويسمى بالذبحة الخبيثة والغنغرينية

شكل الالتهاب الذي فيه يتكون نضج ليفي غزير في جوف الغشاء المخاطي
وتتكرر فيه عقب انضغاط او عتمة المغذية يحدث ما يسمى بالالتهاب
الدفتيري وهذا الالتهاب يصيب على الخصوص الغشاء المخاطي الحلقى لكنه
لا يظهر كمرض اولى قائم بنفسه كالالتهاب النزلى وذى الغشاء الكاذب
من الحلق بل يتعلق على الدوام بتسمم في الدم بواسطة السم القرمزي او
غيره من السموم التي تنتج عن الدفتيرية الوبائية التي اعتبرناها مرضا من
الامراض التسممية العامة وسنذكر عند الكلام على الطواهر المرضية
للحمى القرمزية والدفتيرية الوبائية شكل الالتهاب الدفتيري من الحلق
بالتفصيل

(المبحث الرابع)

في الالتهاب القلغموني الحلقى ويعرف ايضا بالتهاب

اللوزة وبالذبحه الحلقية اللوزية

(كيفية الظهور والاسباب)

المسبوح الخلوي تحت الغشاء المخاطي الحلقى والخلاقي لجوهر اللوزتين اللتين تكونان مجلسا لارتشاح او ذيماوى بسيط في الالتهابات النزلية وذات الغشاء الكاذب للعلق يمكن ان يعترهم ما اضطرابات غذائية النهاية وهى في كثير من الاحوال عبارة عن ارتشاح جوهرها بنضج ليفي متفاوت الكمية وعن غزو في مسوحيهم ما الخلوي وفي احوال أخرى عبارة عن تقيح أجزائهم ما الملتبته يتكون كرات صليدية في جوهرها فينشأ عن ذلك خراجات ويندبر ان يحصل فيها تنكسر زمته شرف قتل شي هذه الاجزاء وتنقرح

والذي يظهر ان المؤثرات المرضية بحسب درجة شدتها واستعداد الشخص تارة تحدث الذبحه الحلقية النزلية وتارة تحدث الذبحه الحلقية اللوزية التي نحن بصددنا فلتراجع اسباب الذبحه الحلقية النزلية والتهاب اللوزتين كذلك يورث استعدادا عظيما للتسكس فكلما كثرت اصابة الشخص به سهل ترده ومن الاشخاص وهو كثير من يصاب به في كل سنة مرة او مرارا وانهم هذا الالتهاب بالتقيح مرة يهي الانهائه مرة أخرى بحيث ان الطبيب في مثل هذه الاحوال يقل عشمه في انتهائه بالتحلل عند حصول اصابة جديدة (الصفات التشريحية)

اما الالتهاب الحلقى القلغموني الحاد فالغالب ان يكون في اللوزتين لكن تارة يصيبهما معا وتارة يصيب احدهما ثم يتسدى الى الاخرى وكثيرا ما يحصل انتفاخهما من النضج الذي يرتفع فيه ما الى ان يصل الانتفاخ الى حجم اللوزة ويكون سطحهما ماذابرو زات ولونهما احمر قائم في الغالب ومغطى بنضج لزج او ترا كبات غشائية كاذبة وعند انتقال الالتهاب الى التقيح يصير غالبا احدا صغار اللوزة الملتبته رخوابارزا ثم تنفجر جدو والخراج الرقيقة ويندو حصول الالتهاب القلغموني الحاد في المسبوح تحت الغشاء المخاطي

للهاة وحينئذ يظهر في هذا الجزء اتساع صلب يظهر فيه تدريجاً توج واضح ينتهي في هذه الحالة باستفراغ القيح في تجويف الفم أو الحلق والالتهاب الحلقى القاعى في المزمّن مجاسه أيضاً جوهر اللوزتين غالباً ويندر حصول ضخامة في الغلصمة أو اللهاة بسبب الالتهاب المزمّن المستقر وقد تكتسب اللوزتان بسبب ضخامة جوهرهما الخللا في حجمه عظيم جداً وصلابة عظيمة ويكون سطحهما في الغالب غير منتظم وذات تحدبات وتقرحات في الاصفار التي حصل فيها قد جوهر بسبب القيح وحينئذ يكون الغشاء المخاطي قليل الاحمرار وابتاهت اللون ويوجد في فوهات الابرة الغددية المنفخمة السدد الجنبية التي سبق ذكرها

(الاعراض والسير)

اما الالتهاب الحلقى القاعى في الحاد فيبتدى غالباً بمعى شديدة مسبوبة بقشعريرة قوية واضطراب عظيم في حالة عام عند المرضى مع امتلاء عظيم وسرعة في النبض وارتفاع في الحرارة حتى انها تصل الى اربعين درجة او ازيد فالحمى في هذه الحالة لا تكون كما في النزلة الحلقية متصلة باوصاف الحمى النزلية بل تكون كالحجبات الالتهابية الشديدة التي تصحب التهاب اعضاء مهمة كالالتهاب الرئوى وفي الاحوال التي تكون فيها شدة هذا المرض قليلة او يكون فيها هذا المرض ذا سير بطيء تكون الحمى كذلك قليلة الشدة وفي يوم ابتداء الحمى والتالى له تستشكى المرضى باحساس يوتر او جرح في الحلق او بالآلام شديدة ناعسة فيه تمتد نحو الاذن ويكون عندهم مع ذلك احساس بجسم غريب في الحلق بحيث يلجئهم ذلك الاحساس الى فعل حر كان ازديادية متواترة تزيد في الالم وبهـ ذلك بقليل تنضح الطواهر المؤلمة التي ذكرناها في المبحث الاول للاشكال الثقبية من الالتهاب الحلقى النزلى فالازدياد لا يصير مؤلماً للغاية فقط بحيث كلما ارادت المرضى ازدياد بعض الاعاب اضطرت الى ان تقلص وجهها بل قد تنظر دالجواهر الغذائية سواء كانت صلبة او سائلة من الفم والانف ثانياً بسبب ارتشاح عضلات اللهاة والبلعوم وشللها وقد تشتهدهم هذه الاعراض بالكلية بحيث لا يمكن ازدياد شئ من الاعذية فيصير المريض في حالة كرب عظيم واقراز الاعاب

يكون في هذا المرض متزايدا تزايد اعظيما بحيث يسيل من زوايا الفم عند فتحه يدون بصق ويكون اللسان مغطى بطبقة مميكة ورائحة الفم كريهة جدا وينضم لهذه الاعراض تغير مخصوص في الصوت بحيث تفسر نغمته ويصير التسكلم ألقيا واخف ومن العلامات الواصفة لهذا المرض ايضا تعسر افتتاح الفم والتألم عند تبعيد الفكين عن بعضهما بحيث لا يكون لهما قدرة على تبعيد الاسنان عن بعضهما ببعض خطوط ويظهر ان سبب ذلك هو التوتر العظيم الحاصل في الصفاق القمي البلعومي وقد تفسر التنفس ايضا في هذا المرض لكن هذا النذر من تعسر التسكلم وفتح الفم لكن اذا اشتد عسر النفس يكون محزنا فينبغي الالتفات له جدا اذ قد يكون ناشئا عن اذية بالسان المزمار وبالبحت بالنظر في تجويف الفم والحلق الذي لا يتأق الا بعسر شديد توجد اللوزتان منتفختين التضاعا عظيميا بحيث تلامسان وتتضغط الغلصمة المنتفخة انتفاخا اذيعيا ويأينهما وان كان الملتب احدى اللوزتين كانت الغلصمة مندفعه الى الجهة المقابلة وقوائم اللهاة مندفعه نحو الامام ويوجد في العنق حذاء اللوزة اى خلف واسفل زاوية الفك السفلى ورم صاب مؤلم وكثيرا ما يمتد التهاب في هذا المرض الى بوق اسنات كيبوس فينتج عنه آلام عظيمة قيمها وفي صندوق الطبلة ايضا وهذه الاعراض الموضعية تاحذ غالبا في الشدة والازدياد نحو ثلاثة ايام اواربعة فتشدد حينئذ الحى وتضاعف باعراض احتقان دماغي فتشتمكى المرضى بالآلام شديدة في الرأس وتنفقد النوم وتصبح عذبة بالاحلام المفرعة وقد يحصل لهم هذيان وعند انهاء هذا الالتهاب بالتعاسل ويكون ذلك نحو انهاء الاسبوع الاول تأخذ الاعراض الموضعية في التناقص شيئا فشيئا فيتم الشفاء في عمانية ايام الى اربعة عشر وعند انهاءه بالتقيح وتكون الخراج يحصل الخطاط في الاعراض بخفاء بعد ان تكون قد وصلت الى ارقى درجة من الشدة وكثيرا ما لا تعرف المرضى انفتاح الخراج اللوزى الا بالخطاط الاعراض بخفاء فان القيح كثيرا ما يزدردأ ولا يستشعر بخروج وجه من الفم وقد يعرف انفتاحه برائحة المواد المنفذة الكريهة ولون المصفر القبيح ولا يعلم لماذا ان القيح المنحصر والمحمول من تأثير الهواء يكون احيانا ذار رائحة كريهة جدا

وتحصل النفاهة في الغالب بسرعة عظيمة عقب انفتاح الشراخ
وينتج عن التهاب القاع - موفى الحاد للهاته اعراض محسوسة للمريض
مشابهة لاعراض التهاب اللوزتين فلا يتميز هذان الشكلان عن بعضهما
الا بالبحث بالنظر

وحصول الذبحة الفلغمونية المزمنة اما ان يكون من بطء مكث لنوب
الحادة او ذاتيات تدريجيا والاعراض الناتجة عن شكل هذا المرض تكون
خفيفة وتبعتها في ذلك آلام قليلة وربما فقدت بالكلية والافراز المخاطي
المتزايد ينسب للنزلة المصاحبة لكن بطرقاً في اسباب مضرة ينتقل هذا
الشكل من الحالة المزمنة الى الحالة الحادة وكثيرا ما يتغير اتساعهم من ضخامة
اللوزتين او يحصل للمريض عسر مستعمر في السمع بسبب ضغطه ما على
بوق استاكوس والغضمة الضخمة المستطيلة يمكن ان تهيج فتحة المزمار
فينتج عنها سعال تشنجي اعتيادي

(المعالجة)

قد اوصى في هذا المرض بالاستشفاءات الدوائية العامة والموضعية الا انه
لا يلجأ الى الاولى وان بالغ في استعمالها المعمل (يويو) مع السكر اذا لاحتياج
لها بالنظر للمرض في حد ذاته بل ولا مضاعفاته الاندرا واما الثانية اعني
الموضعية بارسال العلاق على العنق فلا يتحصل منها الا على راحة قليلة وكذا
تشريط اللوزتين فلا يتحصل على النجاح المرجو منه

ومتى ندب الطبيب لمعالجة هذا المرض في اليوم الاول والثاني فله ان يستعمل
طريقة (ولبو) وهي عبارة عن مس الاجزاء الملتبسة بمسحوق الشب
واستعمال الغرغرة المأخوذة من محلوله المركبة من ثلاثة دراهم منه الى نصف
اوقية على ست اواق من مغلي غروري كغلي الشعير اعني من ١٠ جرامات
الى ١٥ جراما على ١٥٠ جراما من السائل وقد يستعمل الجرجر الجهنمي
مسابدل الشب لاجل قطع سير هذا المرض

واما ندب الطبيب بعد المدة المذكورة ولم تثر طريقة (ولبو) فينبغي
استعمال التبريد العظيم فانه واسطة عقابية مؤيدة بالتجريب وذلك بان
تستعمل الغرغرة المارة وتستعمل قطع من الجليد في الفم وبها العنق

بالرفأء المبئلة بالماء البارد بعد عصر خفيف وتغيرها مع السرعة
ومضى ظهر الفروج يوصى باستعمال الضمادات الفاترة حول العنق ومضمضة
الحلق بمضمضة البساجج ونحوه والمبادرة بفتح الخراج اما بشرط ملقوف
عليه شريط من المشمع الى قرب سنة واما بنظر الاصبع
ثم ان المقصات لا تستعمل في هذا المرض بالنظر لذاته وانما تستعمل اذا لم
يمكن فتح الخراج بغيرها واما المسهلات فتكون ناجحة سيما عند وجود اعراض
الاحتمقان الدماعى واما المحولات والمهمرات والابزن القدمية وغيرها من
الجواهر المعتبرة نوعية في هذا المرض كصبغة البينينا والبورق وخشب
لانينا فليس لها تاثير في سير هذا المرض
واما الذبحة الفلغمونية المزمنة فلا تنفر فيها الوسائط العلاجية الباطنة واذا
كان انتفاخ اللوزتين ناشئا من ارتشاح التهابي فيها وجب استعمال محلول
النسب او قرات الفضة او صبغة اليود المخففة مساعلى اللوزتين المنفتحتين
ووضع المكمدات الباردة حول العنق وتركها حتى تسخن واما اذا حصل
في اللوزتين ضخامة فلا يتيسر ازالتها الا بعملية جراحية
* (المبحث الخامس) *

(في امابات الحلق الزهرية وتعرف بالذبحة الزهرية)

* (كيفية الظهور والاسباب) *

الاضطرابات الغذائية التي تنشأ عن الداء الزهرى البني في الغشاء المخاطي
المغشى للحلق تنحصر تارة وهو نادر في احتمقان الغشاء المخاطي واتفاخه
ورخاوته وتغير افرازه اعنى في جميع ظواهر التهاب الغزلى وتارة وهو الغالب
يحصل بتاثير التسمم الزهرى حلمات في الغشاء المخاطي من الحلق والبلعوم
كالتي شرحناها عند الكلام على الاسفات الزهرية لانهم تستجبل فيها بعد الى
قروح سطحية او طخ عريضة وبالجملة يشاهد في الحلق والبلعوم اورام صمغية
تعرف بالعداء الزهرية وعند ثلاثى هذه الاورام وليتها تحصل تهتكات
عائرة ممتدة

وكل من التهاب الغزلى الزهرى للحلق والحلمات الزهرية يعد من الظواهر
التابعة لداء الزهرى حيث انهما في الغالب يعقبان بسرعة التسمم الزهرى

واما العقد الصغية فانها تعد من الظواهر الثلاثة لهذا المرض حيث انها
تظهر في الادوار الاخيرة منه

(الصفات التي يحمي)

اما الالتهاب النزلي الزهري للعنق والبلعوم فمجلسه غالبا قوائم الالهة
واللوزتان وكل من الاحمرار المدود بين الالهة وسنتف الحنك واللون
الاحمر المرزق (اي الخامس) للغشاء المخاطي ليس واصفا لهذا الالتهاب

فان كلا منهما قد يوجد في الذبحات الحلقية المزمنة غير الزهرية

واما الحلمات الزهرية للغشاء المخاطي فتشاهد كذلك على قوائم الالهة
واللوزتين فان هذه الاجزاء قد تكون مغطاة بحلمات مجتمعة في امتداد عظيم

وان حصل في مثل هذه الاحوال تكدر في الطبقة البشرية فربما توهم
بالتأمل بحسب الظاهر ان الغشاء المخاطي مغطى باغشية كاذبة وان كانت

هذه الطبقة المبيضة بين قوائم الالهة فقط ربما توهم بحسب الظاهر ان هناك
قرحة ذات قاع شحمي والقروح الزهرية الناشئة عن تلاش جزئي في

الحلمات المخاطية الزهرية تكون فقد جوهر حجر القاع او مغطى بمادة
سجامية دائمية بسهولة وهذه القروح قد تعرضا بالتلاشي الحاصل في

الحلمات المتكسبة جديدة في دائرتها غير ان هذه القروح لا يكون لها
ميل للامتداد في الغرور واما الدرن العريض فانه يكون على الغلصمة او اما

صغيرة حليلة او زوائد عنقية

واما العقد الصغية فانها تحصل في جميع اجزاء الحلق والبلعوم وان تكونت
ابتداء على اللوزتين شوهدت انها عظيمة الانتفاخ ذات سطح محرم ليس

وبلين هذه العقد وثلاثية انشأ فروح به مد هذه العقد تكون في حجم
العدسة او الفولة غائرة ذات قاع شحمي ولا يندرتكون هذه العقد الصغية

خاف الالهة فتمقيها قبل ان تشاهد ويجلسها غالبا الغلصمة والاجزاء القريبة
من قوائم الالهة وتظهر الغلصمة في الابتداء كأنها متأكدة ثم تنقرح وتصير

معلقة بعنق دقيق واخيرا يمكن ان تهتك بالكلية هي وجرء عظيم من الالهة
وبالمعالجة اللائقة تمتص هذه العقد وتزول وفي مثل هذه الاحوال تتكون

نوب النمامية متشعبة وذلك بان يتكون في محل العقد غمخ خلوي ينكمش

فيما بعد وعند شفا قروح عديدة تبقى ندب التحامية مبيضة متشعبة صلبة وقد يحصل التصاق اللهاة مع الاجزاء المجاورة وتضايق وانكماش في البلعوم او انسداد في بوق اسنا كبوس

• (الاعراض والسير) •

اما الالتهاب النزلي الزهري للحلق والبلعوم فلا يتميز في الابتداء عن غيره من اشكال الالتهابات النزلية للحلق فحينئذ لا يتم التشخيص ولا يتأق الا فيما بعد اى عند تقدم سير المرض ومتى اشتكى المريض منذ اسابيع بالآلام عند الازرداد متوسطة الشدة وكان ظهورها تدريجيا لا فجائيا واستعصت الآلام المذكورة على الوسائط العلاجية الاعتيادية وجب على الطبيب ان يظن ان الالتهاب النزلي الحلقى الموجود زهري الينبوع واذا حصلت هذه الظاهرة عند مريض كابدت الاصابة بالقروح الزهرية الاولى قبل قليل من الاسابيع كان التشخيص اكيدا سيما ان حصل باستعمال الاستحضارات الزبقية تحسین سريع

واما الحلمات المخاطية الزهرية فانها تنشأ غالبا بدون آلام ومكابدات أخرى حيث نشاهد أحيانا بالصدفة عند البحث عن حلق مريض معتريه نطوهر زهرية وعند تقدم هذه الحلمات يصير الازرداد مؤلما وتضخم الاعراض المدركة للطبيب فيما تقدم ذكره في التشخيص مع المرضى واما العقد الصمغية فانها تضطرب بالآلام وعسر في الازرداد عند ما تأخذ في اللين والتفريح وينبغي للطبيب البحث عن الجهة الخلفية من اللهاة بواسطة المنظار الاتي في كل مريض يظن فيه الاصابة بالداء الزهري متى تشكى بالآلام عند الازرداد ولو لم يوجد بالنظر قروح في الحلق والبلعوم واحيانا يتضخم للطبيب وجود هذه العقد الصمغية من وجود اصفرار محدود جرافة على سطح اللهاة المقدم ذات مقاومة وعند ثقب اللهاة يتعسر الازرداد وتغير الصوت كما تقدم خصوصا اذا كان هذا الثقب نحو الامام وقد تصل المطعومات والمشروبات الى التجويف الخياشيم ويسمع عند اقول كلمة من المريض اللغظ الاتي للصوت الاخر واما الاعراض المدركة للطبيب فلتراجع فيما ذكرناه فيما تقدم

* (تفسيه) * القاعدة المتبعة عموما هي ان ينكس في البحث عن الخلق الطيب بقوة وسرعة قاعدة اللسان عند فتح فم المريض وبأمره ينطق حرف الهمزة الفرائس اوى اذ بذلك يظهر جسد اما كان محتفيا خلف اللهاة على الجدار الخلفي من البلعوم وقد يستدعى الحال احيانا بالبحث عن الخلق وخلف اللهاة بالاصبع والمهظار الانفي كما ذكره المؤلف

* (المعالجة) *

الآفات الزهرية الحاصلة في الخلق تعالج باستعمال المركبات الزئبقية ولم يرفض استعمالها من الاطباء الا من كان ينكر منفعتهما في مثل هذه الآفات مع انها فيها النج منها في غيرها من الآفات الزهرية والنكسات وان حصلت هنا ايضا عقب استعمالها فهي اقل حرجا ولا منها عقب استعمال غيرها من الطرق العلاجية المضادة للداء الزهري وتستهمل مقدار صغيرة من الزئبق الحلو او يودور الزئبق لمقاومة التهاب الغزلي الزهري الحاصل في الخلق وتولدانه الزهرية وقروحه التي لا تميل للامتداد في العرض والغور واما القروح التي تنذر بفساد المنسوجات في امتداد عظيم فيعطى فيها الزئبق الحلو بمقدار عظيم على حسب طريقة المعلم (واين هولد) العلاجية وهوان يعطى للمريض مساء جله ايام على التعاقب من خمسة ديسى جرامات الى عشرة اعنى من نصف جرام الى جرام حتى يقف التهابه وهذا يحصل غالبا في اليوم الثالث او الرابع فان امتدت القروح بسرعة يوصى زيادتها تقدم بكمها بساقل فترات الزئبق الحضى او بالجر الجهنى

* (المبحث السادس) *

(في الخراجات خلف البلعوم)

* (كيفية الظهور والاسباب) *

يشاهد احيانا في المنسوج الخلقى بين العمود الفقري والبلعوم التهابات تنتهى بالشفق خصوصا في الاطفال ثم تارة وهو الغالب يكون ينبوع هذا المرض تسوس الفقرات العنقية وتارة تسكون عن التهاب خنازيرى وتقع في العقد الليفية الكائنة خلف الجدار الخلفي من البلعوم و احيانا يظهر هذا المرض مصاحبا لالتهابات تابعة في غيره من الاعضاء كما

يشاهد ذلك عند انقضاء مسير التيفوس والتسهم الصديدي للدم ونحو ذلك
وبالجمله قد يظهر هذا المرض ظهورا ذاتيا قاعا ينفسه ويكسكون اذ ذلك
فلغمونيا ذاتيا

(الصفات التشريحية)

كثيرا ما يدفع الجدار الخلقى نحو الامام من تجمع صديدي خافه فيبرز في
تجويف الخلق فيضيقه او يسده بالكلية والصديدا ما ان يشق جدار
البلعوم فيما بعد او ينحدر نحو تجويف الصدر فيشق المريء او القصبة
الهوائية او البلعور

(الاعراض والسير)

متى انضم تكون الخراج خلف البلعوم لتسوس في الثقرات العنقية كان
ذلك مسبوقا بمن متفاوت بعسر في حر كات العنق وغيره من اعراض
امراض هذا الجزم من العمود الفقري وهذا المرض في مثل هذه الحالة
لا يخفى على الطبيب فان عاده ان يبحث عن الخلق بالنظر مع الدقة متى حصل
تسوس في الازرداد وما في غير هذه الحالة خصوصا في الاطفال الذين يظهر فيهم
هذا الداء بدون تلك السوابق المرضية معوقته فيها عسرة جدار والغالب
ان كلا من قلق الاطفال وعسر قبولهم حلة التمدد والضجر الشديد عند
جبرهم على الرضاعة ونوب السعال او الاختناق القاطعة للشرب تنسب
خطا في الغالب لمرض اولي في الخجيرة وهو الذبحة الخجيرية العشائية سيما
متى انضم لذلك عسر مستمر في التنفس وكان صوت الاطفال ابح او مقفودا
وعندهم سعال ابح رنان والبحث الدقي عن الخلق يوقفنا بسرعة على حقيقة
التشخيص الذي ان أهمل عنه وجود مجموع الاعراض السابق ذكرها
كان من الخطا العظيم فان الاصبع الباحث يحس غالبا خلف اللهاة بورم
متوتر مرن مقوج في الغالب وقد يتفجر الخراج بنفسه في البلعوم فيزرد
متحمله او يتقذف الى الخارج وحينئذ تحصل راحة فجائية وكثيرا ما ينتهي
هذا المرض انتهاء محزنا بالموت اذ لم يسعف المريض وقت عمل الوسائط اللازمة
فان كلا من غلق فوهة المزمار غلقا تاما بواسطة الورم المتزايد وانفتاح
الخراج في انشاء النوم ودخول متحمله في الخجيرة يمكن ان يؤدي الاختناق

وفي احوال اخرى قد يسرى الصديد الى تجويف الصدر فيؤدي لحصول
الالتهاب اليلوراوي والرتوي والتماموري

(المعالجة)

معي عرف تكون الخراج بورد بفتح على حسب القواعد الجراحية اما
بواسطة المشربط بعد تغايقه بشرط من نحو المشمع الى قرب سنه او بظفر
الطبيب ان امكن

(المبحث السابع)

(في ذبحة لودويج)

قد يكون كل من قاع القم والمنسوج الخلوي بين العضلات وتحت الجلد
للقسم تحت الفك مجلسا احيا نالتهاب قلغموني يؤدي بسرعة لتفكك
وتقرح منتشر واحيا نايؤدي لتكون الخراج ولا يند رانهاؤه بالتحلل وهذا
المرض المعروف بالتهاب المنسوج الخلوي العنقي الغنغريفي وهي تسمية
في غير محامها والاولى تسميته كانه قدم بذبحة لودويج الذي كان يعلم الطب في
استجاراد وهو اول من شرحه بالدقة كثيرا ما يشاهد على انفراده مكونا
لمرض قائم بنفسه ويظهر احيا ناءا وبائسا وفي بعض الاحوال التي شاهدها
بنفسه كان التهاب الجوهر الخلوي آخذا ابتداءه من التهاب السمع عاق
تحت الفك السفلي وبالجملة قد وجد شكل من هذا المرض ينضم لالتهاب
التكفة العرضي والانتقالي كالذي يظهر في اثناء سير التيفوس وغيره من
الامراض التسممية العامة ويكون منشؤه بحسب غلبة الظن من الغدد
تحت الفك

وهذا المرض يبدى بالتفاخ متهافت الالم شديدة صلاب للغاية في قسم احدي
الغدتين تحت الفك ويحمن بهذا الورم من داخل القم ومن الظاهر ويصير
الجلد المغطى لهذا الورم حافظا لونه الطبيعي وعماقا ليل يتقرح في جميع القسم
تحت الفك والى الاعلى نحو الغدة النكفية والى الاسفل احيا ناءا نحو الخنجرية
والقصبة الهوائية وقاع تجويف الحنك يرتفع حينئذ الى الاعلى فيتمسك
كل من المضغ والتكلم تفسرا زائدا وتكاد تفسد حركات اللسان بالكلمة
ويتعذر على المريض فتح فمه وذلك لان العضلات المنوطة بهذه الوظيفة من

جهة تكون موضوعة في المنسوج الخلوى الملتب ومن جهة أخرى
تكون هي نفسها مشاركة لغيرها في الالتهاب وهذا المرض يكون سيرة عادة
محمورا يجمعى متوسطة الشدة واضطراب عمومي قليل وفي أحوال أخرى
تكون الخبي شديدة وكذا الاضطراب البني العمومي

وتبمس هذا الورم يزول ببطء ولو في الاحوال الجيدة والانتفاء بالتحلل وعند
انتهائه بالخراج يحمر الجلد في محل محدود ويظهر فيه القوج ثم ينقب غطاء
الخراج المستقر بالصديد وكثيرا ما يحصل انفجاره في تجويف الفم وعند انتهاء
هذا المرض بالتمسك زوال تقرح المتشرب يخرج بدلا عن القيح الجيد سائل
كره الرائحة محتلط باهداب خلوية ذلون وسخ وقد يحصل الموت عند ارتقاء
هذا المرض الى أشد درجاته بواسطة أذيم المزمار والاختناق او بتسمم الدم
الصديدي عند انتهائه بالتمسك زوال تقرح وأما في أشكاله الانتقالية
فالا انتهاء الحزن يكون في الغالب متعلقا بالمرض الاصلى

(المعالجة)

يجتهد ابتداء في تحلل هذا الالتهاب بإرسال كمية عظيمة من العلق بجوار
الورم ثم باستعمال الضمادات الفاترة على الدوام وعند ظهور القوج ينبغي
إخراج الصديد بواسطة شق عظيم وعند التمدد بالاختناق مثلا تفعل شقوق
عديدة وان لم يفر ذلك وخيف من حصول ما ذكر وجبت المبادرة بفعل القطع
الجبرى وان بقي انتفاخ يابس غير مؤلم مناطويلا فالأجود طبعا التجاربى
استعمال الحار يبق فانهم أنفع من الدلك بالمرهم اليودية والزئبقية والمس
بصبغة البوداجمبول (البجول)

• (الفصل الثالث) *

(في أمراض المرى)

• (المبحث الأول) *

(في الالتهاب المروى ويعرف بعسر الازدراد الالتهابى)

• (كيفية الظهور والاسباب) *

كل من الالتهاب الترنى والالتهاب ذى الغشاء الكاذب والالتهاب البثرى
يعتري الغشاء المخاطى المروى كما يعتبره ايضا قروح وقد يحصل فيه

تتمركز وقفهم عقب تأثير الكاويات السميكة وبه الشديدة وقديده. تترك
المنسوج الخلوى تحت هذا الغشاء التهابات وتجمعات صديدية
فأما التهاب النزلى لهذا العضو فأكثر ما يحصل من المؤثرات المصرة
الموضعية كالمطعومات الحريفة او الساخنة جدا وكادخال الجبس المروى
ادخلا غير صناعى وقديمدا التهاب العدوى والحلقى النزلى فهو المرى. كما ان
التهاب هذا العضو النزلى قد يكون متعلقا باحتمالات وريدية احتباسية
ناشئة عن مرض فى القلب او فى الرئتين فيعم الغشاء لمخاطى لجميع القناة
الهضمية

وأما التهاب المروى ذو الغشاء الكاذب فتندر مشاهدته ويكاد لا يحصل
الا عند وجود التهاب دى غشاء كاذب فى الخنجره او الحلقى او مده سيرا
التمنوس او الحالة القيدوية للهضمة او فى الحلمات الطفجية الحادة
وأما التهاب البثرى للمرى فتندر حصوله فى الجدرى او عقب استعمال
الطرطير المقيئ

وأما قروح المرى فالأغلب ان تنشأ من أجسام حادة تنبث مثل الغشاء
المخاطى او من أجسام زاوية تقف فى أحد اجزاء هذا العضو وتحتبس فيه
ويندر ان تمسكون عقب كى الغشاء المخاطى وفى مده سير التهاب النزلى
المزمن لهذا العضو وعين هذه الاسباب قد تؤدى لالتهاب المنسوج الخلوى
تحت الغشاء المخاطى وتقيحه واما النفخ المزمن من الغشاء المخاطى المروى
فانه يحصل عقب تأثير الجواهر الاكالة سيما الحوامض المركزة
(الصفات التشريحية)

أما التهاب المروى النزلى فتندر مشاهدته على شكل حاد فى الخنجره وان شوهد
كان الغشاء المخاطى ذا اجراء شديد منفتح سهل التمزق ومغطى بافراز
مخاطى واما التهاب المروى النزلى المزمن فيظهر فيه الغشاء المخاطى سيما ثلثه
السفلى مميكا ومرمجا وضاوا وسنجا بيا ومغطى بعبادة مخاطية لزجة وقد ينتج
عن التهاب المذ كورا لهذا العضو اتساع فيه عقب استرخاء طبقة العضلية
كما ينتج عنه ضيق فيه عقب الضخامة الجزئية لطبقته العضلية المذ كورة
هى والمنسوج الخلوى تحتها راجع المبحث الثانى والثالث

وأما التهاب المروي ذو الغشاء الكاذب فيوجد فيه الغشاء المخاطي احمر
قاتما ومغطى بنضج غشائي مختلف السمك على هيئة لطخ أو أغشية
ممتدة

وأما التهاب البثرى لهذا العضو فتسكون في طبقة منه البثرية بثرات غير
واضحة تتلى بالصديد وتنفجر فيخلفها فقد جوهه سطحى وهذا الشكل يكون
فاصر على الثالث السفلى اروي اذا كان هذا الالتهاب ناتجا عن استعمال
الطرطير المقيئ

وأما قروح المريء فالغالب ان تكون على هيئة تسلخات سطحية في سطح
الغشاء المخاطي امكن قد يتفرح جميع سمك الغشاء المخاطي بل قد يمتد القرح
الى الطبقة العضلية والمنسوج النخولى المحيط بها
وأما التهاب المنسوج النخولى تحت الغشاء المخاطي فقد يندأ عنه سعال
وتضيق في المريء اذا كان سببه هذا الالتهاب مزمن وقد ينشأ عنه قيح
وخراجات اذا كان سببه حادا

وأما التهاب المروي الذى ينتج عن جواهر كاوية فتسبب فيه الاصفار
المصابة الى خشك يشات مسخرة متغيرة اللون او مسودة ويظهر حولها
بسرعة احمرار ونضج غزير من مادة مصلية ثم تنصل الخشك ريشة وقد
يستعمل بعض فقد الجواهر لكن يخلفه دائما تضيق في المريء متى كان التهاب
عظيما عقب انقباض المنسوج النخولى

(الاعراض والسير)

يتضح بسهولة عند ازدياد بلعات غذائية ساخنة قلة احساس المريء سيما
جزء السفلى فلا تحصل الاكلام الا في الالتهابات المروية الشديدة جدا كالتي
تحصل عقب حرق هذا العضو وجرحه بواسطة اجسام حادة مدنية وكالتي
تدعق تأثير الجواهر الكاوية الا كالة ويحس بهذه الاكلام حينئذ في الجزء
الغائر من الصدر وفي الظاهر بين الكتفين ثم ان هذه الاشكال الثمينة من
الالتهاب يشاهد فيها ايضا عسر في الازدياد متى التهمت عضلات المريء
وارتسخت بمادة مصلية اذ لا يكون لها مقدرة حية تدعى دفع البلعات
الغذائية وهذه الحالة المعروفة قديما بعسر الازدياد الالتهابي نصطبب داما

بضيق وضجر شديدين وكلما كان وقوف البلعة الغذائية في اعلى المريء كان احساس المريض بها قوى وعند اجراء حر كات ازدراد جديدة يمكن بانقباضات المريء عوضا عن دفعها ما احتوى عليه هذا العضو الى اسفل طرده الى اعلى بحيث تنقهقر الاغذية المزدردة ثانيا ويخرج معها مواد مخاطية مدممة وبعض اجزاء من النضج الالتهابي وجميع هذه الاعراض يصطبغ دائما بعطش شديد وقد تكون مصحوبة مع ذلك باعراض حمية سيما اذا امتد الالتهاب امتدادا عظيما ثم اذا كان سير هذا المرض حميدا تزول الاعراض تدريجيا في الغالب وقد تزول دفعة واحدة عقب انفتاح خراج متكون في المنسوج الخلوى تحت الغشاء المخاطى المروى وقد يخالف هذا المرض تضايقات مروية وربما اعقبه الموت عقب تنقب المريء او تمزقه

راجع البحث الخامس

واما الاشكال الخفيفة من الالتهاب المروى التزلى الحاد والمزمن فلا تصطبغ باضطرابات واضحة مدة الحياة سيما الالتهاب المروى البشري والالتهاب المروى ذو الغشاء الكاذب يكاد لا يعرف الا اذا حصل خروج مواد غشائية كاذبة فان هذا الشكل من الالتهاب المروى اذا اصطبغ بالتهاب حنجري او بلعوى ذي غشاء كاذب تحتقى اعراضه وهى الآلام وعسر الازدراد باعراض هذين المرضين كعسر التنفس ونحوه كما انه اذا ظهر ظهورا تابعا في القيحوس او غيره من الامراض لا تيسر معرفته ايضا فان المريض حينئذ يكون ذاهبوطا وخدر عظيم فلا تسمع له شكوى بخصوص هذا المرض

واما القروح المروية المزمنة فانه ينشأ عنها احيانا آلام قارسة في محل معين من هذا العضو وعسر مستمر في الازدراد لكن لا تيسر تمييزها عن التضايقات الابعة داخل الجس المروى غالبا اذ في حال التقرح المروى لا يعوق الجس عائق ويخرج معه مواد مخاطية مدممة وعند تمام القروح المروية تنضج اعراض تضايق المريء

(المعالجة)

معالجة الالتهاب المروى لا تكون الا في الاحوال الثقيلة جدا لان اشكاله

الخفيفة لا تعرف قسـتـخرج الاجسام الغريبة الناشئ عنها الالتهاب على حسب القوانين الجراحية وعند حصول النأكل بواسطة الحوامض المعدنية او القلوبات الكاوية لا ينبغي استعمال مضادات هذه الجواهر الا اذا كان المرض حديثا وليقتصر في الالتهابات الحادة لهذا العضو على اعطاء الماء الجليدي او تعاطى بعض قطع صغيرة منه في الفم ثم استعمالها واستعمال الاستفرغات الدموية عامة او موضعية لاثمرة فيه اصلابل ربما كان مضرا كما ان تعاطى الادوية عسر ولا نجاح فيه غالباً واذا كان المريض ذا اقتدار على الازدراد لا تعطى له الا الاغذية السائلة واذا لم يكن ذا قدرة على الازدراد يلجأ لتغذيته بواسطة المحس المروى او الحلقن وعند وجود قروح مزمنة لا تثر الطرق العلاجية المتعددة الموصى باستعمالها فيقتصر حينئذ في معالجة المرضى على تغذيتهم بقاية الاحتباس والاطف

(المبحث الثاني)

(في تضاييق المري)

(كيفية الظهور والاسباب)

تضاييق المري تارة ينشأ عن الضغط الواقع عليه وتارة عن غزو تولدات مرضية في قناته وتارة عن تغيرات في جدره وهذه الحالة هي الجديرة بان تسمى بتضاييق المري وهي نتيـجـ عن انهما آت الالتهاب المذكور في المبحث السابق

(الصفات التشريحية)

اما الضغط على المري فقد يحصل بكيفية ميكانيكية واغلب الاسباب هي اما من اتفاح الغدة الدرقية والغدة الليفية للعنق وغدد الحجاب المنصف وامامن تحول العظم اللامي وامامن الاورام العظمية التي تحصل في العمود الفقري وامامن الخراجات والاورام الكائنة بين القصبة الهوائية والمري وامامن سرطان الرئة والبلعور والاوريز ما وتارة وهو نادر تضغط الجيوب المروية التي سنشرحها في المبحث الاآتي على الاجراء الكائنة اسفل منها من المري وقد وجد في بعض الاحوال التي شوهد فيها الالامة انضغاط المري واضحة مدة الحياة ان الشريان تحت الترقوة الايمن المتعدد تمددا مرضيا خارج من خلف الشريان تحت الترقوة الايسر وسائر جهته الييمن من بين

القصبية الهوائية والمرى، أو من بين المرى والعمود الفقري وهذا الشكل من تعسر الازدرد النائي عن عيب طبيعي يسمى بعسر الازدرد الخلفي وأما التولدات الجديدة التي تظهر على السطح الباطن من المرى فهي أكثر الأسباب اتجاهاً متضاداً وستكلم عليها في المبحث الرابع وأما ما يسمى بتضايق المرى حقيقة فينشأ أولاً عن انقباض ندي في أغشيته يتكون عقب فقد جوهر عظيم فيها وهو يخاف في الغالب التأكل والقروح الممتدة وثانياً عن ضخامة في الطبقة العضلية والمنسرج الخلوي الكائن بين اليافاها نتيجة عن الالتهاب التزلي المزمن لهذا العضو بحيث يظهر عنه مدشق جدار هذا العضو السميك جداً شقاً طويلاً هبته مخططة مخصوصة لأن الألياف العضلية الضخمة تكون ذات لون اسمر محمر وأما المنسرج الخلوي الضخم الكائن بينها فيكون ذا لون مبيض ومكوناً لجوارح لبقية ومع ذلك يكون الغشاء المخاطي على الدوام نخبناً منتفخاً غير مستو وثالثاً عن ضخامة في المنسرج الخلوي تحت الغشاء المخاطي لهذا العضو وانكماشه انكماشاً ندياً

ثم إن تضايق المرى تارة يكون غير واضح بالكيفية وتارة يكون عظيماً جداً بحيث ينسد تجويفه وهذا التضايق يعتري الثالث السفلي من المرى غالباً وقد يشاهد في بقية أجزائه وجدار المرى على محل التضايق تمكاد تكون ذات ضخامة على الدوام وقناة هذا الجزء الأعلى متسعة وأما جداره أسفل محل التضايق فتكون ذات رقعة رقعة وهذا الجزء الأسفل منطبقة

(الاعراض والسير)

حيث إن تضايق المرى على اختلاف أسبابه يتكون دائماً تكوناً تدريجياً يبدأ ولا بد هذا المرض بأعراض غير خطيرة وغير مهمة في الظاهر إذ قد يستمر العائني زمناً طويلاً خفياً عافداً زرداد البلعاء الغذائية العظيمة ثم يزول بالشرب وأجرام حر كالتأزدرادية قوية فيكون ذلك هو العرض الوحيد لهذه المرض ثم يرداد عسر الازدرد شيئاً فشيئاً ولو اعتدت المرضي بمضغ الأغذية وتجنزتها بحيث يتعسر عليهم تدريجاً زرداد البلعاء الغذائية

ووصولها الى المعدة والجزء الذي تحس المريض فيه بوقوف البلعة الغذائية
يكاد يكون على الدوام خلف قاعد المعدة القص وان كان محل التضايق قريبا
من الفؤاد أى فم المعدة ثم يقوى ازدياد عسر الازدراد بحيث لا يتيسر ازدراد
الجواهر السائلة

وكما عظم ألم العائق وقل أمه كان قهره بواسطة الشرب او باجواء حر كانت
ازدرادية جديدة كثرة تفهقر البلعة الغذائية واندفاعها الى الاعلى ثانيا
وارتداد البلعة الغذائية لا يكون بحركات ديدانية عكسية اى غير طبيعية
كما قد يتوهم ومعنى كونها عكسية ان يعقب انقباض جزئى غير من المرى
انقباض الجزء الاعلى منه لان هذه الحركات لا تحصل فى المرى اصلا كما ثبت
ذلك بالمشاهدات الفسيولوجية بل ان انقباضات المرى التى تحدث بالصناعة
لا تسرى دائما لان الاعلى الى الاسفل حتى تتجاوز محل التضايق ومع ذلك
فلا مانع من اندفاع البلعة الغذائية وتقهقرها الى اعلى اذ لم يمكن مرورها
الى اسفل بالحركات الديدانية الطبيعية اى المستقيمة التى تقود من اعلى الى
اسفل حتى تصل الى محل التضايق فلا يتيسر مرور البلعة منه فحينئذ يتتابع
البلعات يمتلى المرى وتدفق السفلى ما فوقها فيحصل تفهقر فيما احتوى عليه
المرى الى القسم ثانيا واحيانا لا يحصل ادنى انقباض فى عضلات البطن
عند حصول هذا الشكل من القى وفى احوال أخرى تحصل انقباضات
تشنجية فى عضلات البطن بدون ان يكون لذلك دخل فى استقراغ المرى
وعند ازدياد التضايق فى المرى يحس على الدوام بعد الاكل والشرب بضغط
مؤلم عائر فى الصدر مصحوب بقلق وضجر عظيمين يرتقيان الى درجة عظيمة حتى
تتوقف المواد المزرودة سواء كانت قليلة الكمية او كثيرتها وهو الغالب
من القسم ثانيا اختيارا واضطرابا بواسطة مجهودات ازدرادية انقذا
متعبا تدريجيا وتكون المواد المندفعة ثانيا قليلة التغير لكنها محتلمة بجواد
مخاطية كثيرة

ومما يؤكدها حقيقة التشخيص استعمال المحس المروى اذ به يعرف
التضايق ودرجته ومجاسه بل وشكله

ومع وجود هذه الظواهر الناتجة عن التضايق او وجود سرطان او غيره من

الاورام تشاهد شحافة تدريجية تأخذ في التزايد انما ناتجة عن عدم وصول
الجواهر الغذائية للمعدة فحينئذ تهب البطن ويتمتع التيرزايامابل اساسا يسع
فتهلك المرضى من الحرمان والجوع

(المعالجة)

معالجة تضايق المريء من تعلقات الجراحة وبجهد الطيب والصبر
والمداومة يمكن الحصول على نتائج عظيمة بحيث في ابتداء الامر الذي
لا يتيسر فيه احيانا ادخال اساطير مرنة دقيقة يمكن الوصول بالتدريج فيها
بعد ادخال مجسات مروية عظيمة بل وبلعة غذائية مناسبة الحجم كما شوهد
ذلك في مريض عولج في الاكلينك الجراحي في مدينة حريسولد كان
مصابا بتضايق مروى حاصل عن اسباب غير مدركة وحيث يكون المريء
التضايق على الدوام مجلسا لمراد مخاطبة متراكمة تزيد في عوق مروود
المطعومات توصي المرضى المصابا بتضايقات مروية باستعمال ماء الصودا
او محلول بي كربونات الصودا كواسطة تسكينية وناورها بتعاطي جولة
ملاعق من هذا المحلول الدواقي قبل كل اكل حتى تندفع المواد المخاطية
ويسهل مرور المطعومات منه

(المبحث الثالث)

(في تمدد المريء)

(كيفية الظهور والاسباب)

تمدد المريء اما ان يكون عاما لهذا العضو او جزئيا فاصرا على امتداد قليل
منه وقد لا يعتري هذا الاخير الا جهة من جدره فينشأ عن ذلك تجاوب فيها
كثيرا ما يعظم حجمها فتصير على شكل جيبوب متصلة بالمريء تسمى بالجيبوب
المروية وقد تتكون جدر تلك الجيبوب من الغشاء المخاطي فقط بان يبرز
هذا الغشاء بين الياف المريء العضلية على هيئة الفتق ويكون مغطى
بالطبقة الظلوية الظاهرة

واكثر ما يشاهد بطع النظر عن تكون الجيبوب المروية تمدد هذا العضو على
محال تضايقاته ثم اذا حصل تضايق في القواد كان التمدد المروى عاما وان
حصل تضايق في المريء كان التمدد جزئيا وقد يكون العام ناشئا عن التهاب

الزلى المزمن وشلل طبقته العضلية الناشئ عنه و يظهر أن تمدد المريء
الذى قد يشاهد عند المرضى المصابة بأمراض مزمنة في المعدة مع قيء متكرر
ناشئ عن ذلك أيضا وكثيرا ما تكون أسباب تمدد المريء غير معروفة أساسا واما
زعم بعضهم أنه ناشئ عن احتياج الجسم او عن معالجة داء النقرس بقماطى
كبيرة عظيمة جدا من الماء القاتر فلا يعول عليه وقد تتكون الجيوب المروية
عن الاجسام الغريبة التى تنشب في ثنيات الغشاء المخاطى وتغور في جدره
شيئا فشيئا بضغط الاغذية المارة عليها من البلعوم وقد تتكون في بعض
الاحوال من ضهور بعض الغدد الشعبية التى كانت متصلة بالغشاء المخاطى
مدة التهايم واتفاخها ثم جذبت معها عند ضهورها وقد لا تعرف اسباب
تكون الجيوب المروية بالكلمة

(الصفات التشريحية)

اما التمدد العام للمريء فتكون فيه قناة هذا العضو ممددة في غلظ ذراع
الرجل وجدرها ذات ضخامة غالباً ويندر كونها رقيقة
وأما التمدد الجزئى ففيه يكون الجزء الذى فى أعلى محل التضيق مباشرة أكثر
اتساعا ثم يتناقص نحو الأعلى بحيث يتكون من ذلك كيمر مسطيل يوجد
في قاعدته فتحة ضيقة

وأما الجيوب المروية فتتكون في الاغلب حذاء تفرع القصبة الرئوية
وقد تتكون في محل اتصال البلعوم بالمريء وهذه الجيوب في الابتداء
تكون مستديرة ثم تستحيل فيما بعد الى معلقات اسطوانية او هرمية كائنة
بين البلعوم والعمود الفقري واستطراق هذه الجيوب بالمريء يكون بواسطة
فتحة ضيقة ميزانية منسكمتة وقد تظهر هذه الجيوب كامتداد اعورى
للمريء فيه تتراكم المواد الغذائية فالجزء السفلى من المريء اذ ذلك يكون
فارغا من مضايقة من طبقاته على نفسه

(الاعراض والسير)

أما التمدد العام للمريء فيوجد بدون ظواهر مرضية تدل عليه وأما
التمدد الجزئى السكاثر على محل التضيق فلا يتووع اعراض التضيق الا من
حيث كون الاغذية تتكدس فمماطويل فى المريء وتتراكم فيه بمقدار عظيم

قبل ان تتقهقر وعند طردها الى الخارج (بحركة الحركة الاجترار) تكون
لبنة جدا مختلطة بمواد مخاطية وتارة فاسدة متعفنة اسكنها غير منهضة وذات
خواص قلوية فينبغي الالتفات الى هذا الامر اذ به يتميز كون الاغذية مرودة
من المعدة او من المري.

وعنى وصات الجيوب المروية بنجم عظيم جدا بحيث تقف الاغذية فيها بدل
المعدة فتج عن ذلك اعراض تشابه اعراض نضايق المريء المصعوبة بقسود
جزئي تابعي فالاغذية المزدردة تنطرد ثانيا بعد يسير من الساعات غالبا وتكون
ذات فساد متقدم ويتشم من ثم المرضى رائحة كريهة منتهية وقد لا تعرف
حقيقة التشخيص الا بالجنس المروى فانه تارة يصادم عائقا عظيما وتارة يفرق
من امام الجيب المروى ويص الى المعدة بدون عائق واذا كان الجيب
المروى في مبتداهذا العضو او نحو طرفه العلوى أمكن ان يشاهد خاف
الخجيرة ورم رخوين يدحججه عقب تعاطى الأطعمة ويتناقص عقب
استقرارها وأما اذا كان اسفل من ذلك فينتج عنه احيا ما من الضغط على
القصبية الهوائية والوعية الغليظة عسر عظيم في التنفس واضطرابات
في الدورة الدموية وفي مثل هذه الحالة تم لك المرضي جوعا

(المعالجة)

ليس للصناعة اقتدار على معالجة تمدد المريء نعم اذا تيسر الوصول بالجس الى
المعدة من امام الجيب المروى وجب تغذية المريض زمانا طويلا بواسطة ذلك
الجس غمى ان يصغر حجم الجيب المروى عقب منع دخول الاغذية فيه
وهيات ان يحصل ذلك

(المبحث الرابع)

(في التولدات الجديدة المرضية للمريء)

(كيفية الظهور والاسباب)

يشهد مشاهد الاورام الليفية في المريء وأما الدرن فيمكن ادلا يشاهد فيه
مطلقا وأما السرطان فيحصل فيه بكثرة والغالب ان يكون حصوله في العضو
العضو اوليا ويشهد بامتدادها اليه من التولدات السرطانية للحجاب
المنصف

واسباب الاستحالة السرطانية لهذا العضو غير مروفة لما كاسباب التولدات السرطانية لغيره من الاعضاء ويقال ان أكثر من يصاب به المعتادون على الافراط في تعاطي المشروبات الكحولية

*** (الصفات التشريحية) ***

أما الاورام الليفية فهي تجمعات متحركة ذات لون ابيض من ورق في حجم حب العدس والقول وتمتكون في المنسوج الخلوى تحت العشاء المخاطي لهذا العضو وقد تظهر على شكل بوليبيوس ذى عنق منقسم طرفه السائب الى حلة فصوص والغالب ان يكون منشؤها من سمحاق الغضروف الخفري الحلقى كما قاله (روكيما نسكى)

وأما تولداته السرطانية فأكثرها السرطان البشرى ويندر وجود الاسكبروس والسرطان النخاعى في هذا العضو والغالب ان يكون مجلس السرطان الثلث السفلى والعلوى من المري ويندر ان يعتري الثلث الاوسط والغالب ان الاستحالة المرضية تصيب جميع دائرة القناة المروية فتتكون حينئذ التضايق السرطاني لهذا العضو وهذه الاستحالة تبتدىء دائما بالمنسوج الخلوى تحت الغشاء المخاطي ثم تتدبر سرعة الى الغشاء المذكور فتبرز على سطحه وعندئذ السرطان وتلاشيته تتكون قروح غير منتظمة محاطة بدائرة من تشكة مغطاة بقطر مدغم ومواد صلبة يدعى اوبود خلية مسودة وقد يعتد سرطان المري من طبقاته الظاهرة الخلوية الى الاعضاء المجاورة له وعندئذ تقرحه تحصل ثقبات في القصبة الهوائية والشعب ورءى ما حصلت مع ذلك في الامبر والشرابين الرئوية

*** (الاعراض والسير) ***

أما الاورام الليفية الصغيرة المتحركة لهذا العضو فلا ينشأ عنها اعراض وأما البوليبيوس الليفى ذو العنق فيصطب بطوارى تضايق المري وقد ينتج عنه نزفة ويمكن الوصول اليه بالمجس المروى بل وبالاصبع ان كان مجلسه جهة الاعلى

وأما سرطان المري فلا نعره معرفته لانه يغلب على الظن وجوده متى ظهر عند مريض متقدم فى السن عصر فى الازداد بدون سبب معلوم يزداد شياً

فشيأ على التعاقب الى ان تنتج عنه الظواهر الموهلة التي ذكرناها في المبحث الثاني من هذا الفصل سيما عند من اعتاد على المشروبات الروحية فان من المعلوم ان اغلب اسباب التضايقات المروية هو السرطان وأما بقية أنواع التضايق المروية فنادرة جداً بالنسبة له ويقوى الظن بوجود تضايق سرطاني في المري متى انضم لذلك آلامنا خمسة في محال مختلفة خصوصاً بين الكفنيين وحصل للمريض فحافة سريعة واكتسب اللون الاصفر الوسخ الكاشكسي الذي يظهر عادة في الوجه عند من يكون مصاباً بالسرطان على العموم ويتأكد التشخيص اذا خرج مع المواد الخاطئة او الصديديّة المدعمة المنبصقة او المتشعبة بالجس المروي قطع سرطانية وتحقق الطبيب من طبيعتها وقد تنقص اعراض التضايق عند تقدم سير هذا المرض عقب تلاشي السرطان لكن لا تزال الخفاة آخذة في التزايد بسرعة فتتفخ الاطراف وتكون تعقدات في الاوردة الفخذية غالباً وينتهي الحال بالموت عقب التهوكة وعقب ثقب أحد الاعضاء السابق ذكرها

(المعالجة)

توسيع التضايق السرطاني للمري بواسطة الجسات أمر خطير فيجب تركه بدون عملية التوسيع متى عرفت طبيعة المرض وذلك انه في ابتداء سير هذا المرض يسرع في تفرجه وفي دوره الاخير يؤدي لحصول التفتحات المروية فالمعالجة حينئذ لا تكون الاعرضية فعند التألم الشديد تعطى الاستحضارات الافيونية وعند عدم القدرة على الأزدراد يجتهد في تغذية المري بالحقن من الامراق وان لم يكن في ذلك عمرة من حبيبة النجاح

(المبحث الخامس)

(في ثقب المري، وتزرقه)

ثقب المريء اما ان يحصل من الباطن الى الظاهر او من الظاهر الى الباطن فهو حينئذ ذو شكلين فالشكل الاول أكثر ما ينتج عن تفرح السرطان وتلاشيه ويندر حصوله عقب تفرحات ناشئة عن شطيات عظيمة او عقب تهتكات غائرة ناتجة عن تأثير جواهر كاوية واما القرحة الثاقبة كالتي تشاهد في المعدة والاثنى عشرى فلا تشاهد في المريء واما الشكل الثاني اي

تثقب المريء من الظاهر الى الباطن فينشأ اماعن ابنورينما الاورطى
او عن تقرح الغدد الشعبية الدرينية وتلاشيها سيما التي مجلسها محل تفرع
القصبية الهوائية واماعن خراجات كائنة على الجهة المقدمة من العمود
الفقرى ناشئة عن تسوس الفقرات او عن كهوف درنية
واما تمزق المريء بدون تقدم تغيرات مادية في جسده فلم يشاهد الا نادرا جدا
والغالب ان جدر المريء التي كانت متمسكة بالكلمة اما بواسطة السرطان
او التآكل بالكاويات والتقرحات وقرية من التمزق تتمزق فجأة عند التجشئ
الشديد والقيء

ومثي انثقت جدر المريء باحدى السكيفيات المذكورة وصل متحصله الى
المسوج الخلقى المحيط به او تكون عن ذلك استسطاراات بين هذا العضو
والقصبية الهوائية او بينه وبين تجاويف البليورا او التامورا او بينه وبين
الاوعية الغليظة

وقد يظهر في الاعضاء المجاورة للمريء التهابات التصاقية قبل حصول التمزق
او التثقب بسبب تقدم الفساد فيها واعراض هذه الالتهابات حينئذ نعتبر
من مدمات هذا التثقب وقد شاهدت عندهم رض مصاب بسرطان في المريء
ظهور التهاب بلوراوى مزدوج والتهاب تامورى ظهورا تدريجيا وعند
فعل الصفات التشرىجية وجدت المحال الملاصقة للسرطان من البليورا
وغلاف القلب متغيرة اللون وواقعة في حالة خشك ريشة لكن لم يكن حصل
فيها خروج متجصل المريء في هذه التجاويف

وعند حصول التمزق نفسه تحصل آلام شديدة عائرة في الصدر وحصولا لجائنا
وينضم لذلك قشعريرة وبهانة وبرودة في الاطراف وانغماس على حسب
محل التمزق او التثقب يعقب ذلك اما عراض اختناق واعراض التهاب
بليوراوى شديدة جدا اوزيف غزير ثم يحصل الموت بعد ذلك بقليل او في
الحال

وحيث انه لا معالجة لهذا الداء فلا محل لذكرها

(المبحث السادس)

(في الاضرار العصبية للمريء)

من الامراض العصبية المروية الايبريستيزيا اعنى ثوران قابلية تنبيه اعصاب الحس المروية ومن ذلك ما يسمى بالكرة الايستيرية وهو الاحساس بكرة كأنها تصعد في المري وتقف في جزء معين منه وقد سبق ذكر الكرة الايستيرية عند الكلام على الامراض العصبية للعنجرة ومن ذلك ايضا الحالة المعتمدة تشنجا مرويا اعنى الحالة التي لا يحس فيها المريض الا بانقباض في المري به يتصور ان لا قدرته على الازدرد وهذه الحالة لا يندر وجودها عند الشخص الذي عضه الكلب والكلب وقد ذكر الشهير (ايندوال) حالة فيها لازم الشهير (وييه) اوقات الطعام مدة شهر مع مريضة كانت تظن مدة كلها انها تحتنق كلما ارادت الازدرد

واما الايستيزيا المروية اعنى تناقص اوزوال قابلية تنبيه اعصاب الحس المروية فلا حاجة الى الكلام عليها لندرة الاحساس الطبيعي جسد هذا العضو

ومنها الايبركنيزيا المروية اعنى ثوران قابلية تنبيه اعصاب الحركة المروية وتسمى بعسر الازدرد التشنجي فتشاهد بكثرة والينبوع الاغلي لهذا التشنج المروى الانعكاسي هو تهيج الرحم ولذا يشاهد في الغالب بكثرة عند النساء المصابات بالايستيزيا وقد يكون ينبوعه مركزيا فيكون عرضا لمرض دماغي او مرض في الجزء العلوى من النخاع الشوكى وقد ينشأ ايضا عن التسمم بالجواهر الخدرة او الكحولية والتشنج المروى كغيره من الامراض العصبية ذنوب وفترات فاما الذنوب فيكثر حصولها في أثناء الاكل بحيث يصير المريض بخما غير قادر على الازدرد ويكاد يحس على الدوام كأن جسمه غريبا واقف في المري ثم اذا اعتري التشنج الجزء العلوى من المري ارتدت المواد المزودة حالا واذا اعتري الجزء السفلى منه فلا ترتد المواد الا بعد نزولها فيه ببرهة والغالب ان يوجد مع ذلك احساس بتضايق ونوب اختناق واحيانا انقباضات تشنجية في عضلات العنق وبعد استقرار النوبة زمنها متفاوتا في المدة تزول اعراضها بالكلية لكن تارة تبقى درجة قليلة من هذا المرض اسابيع بل اشهر وتسمى بالضييق التشنجي وعند البحث بالجس المروى لا يوجد في أثناء الفترة ادنى عائق واذا أجرى البحث بالجس مدة

التوبة نزول تارة الانتقباض عنه - والجلوس ثم انه يوصى في هذا المرض زيادة
عن معالجة المرض الاصلى باستعمال المخدرات سيما البلاء دونها والجواهر
المضادة للتشنج كمشيشة الهر والحلتيت والمناسير واذا لم يتيسر للمريض
الازدراد وجب استعمال هذه الوسائط حقنا وانجح الوسائط استعمالها
الجس المروى الصناعى المتكرر

ومنها الا - كنيزيا المروية اى زوال قابلية تنبيه الاعصاب المروية المحركة
اعنى الشلل وهذا المرض يشاهد قبل الموت بقليل مصاحبا لعلامات الشلل
العام مشاهدة غير نادرة وقد يكون هذا الشلل المروى ذا ينبوع مركزى
فيصاب امراض الدماغ والجزء العنقى من النخاع الشوكى ثم ان هذا
المرض اى الشلل المروى اذا كان تاما كان الازدراد ممتد - ذرا حتى ان اهل
المريض كثيرا ما يفرحون عنه - دمايرطبون فم المريض الذى كابد حر كات
الفرح لانهم يرونه لا قدرة له على الازدراد وان المواد التى يعطونها له تترد
فانيا للقم او تصل الى الخنجره فينتج عنها نوب الاختناق المعروفة وأما اذا كان
الشلل غير تام قابلية الغذاء لانه لا تسكاته تقدم الا ان البلعات الغذائية
العظيمة الحجم والجواهر الصلبة تكون أسهل ازدراد من غيرها في هذه الحالة
وبالوقوف يسهل الازدراد وبالشرب يستعان على تزحزح البلعة الغذائية
والمريض المصاب بعسر الازدراد الذى من هذا النوع لا يشتكى باحساس
مؤلم عادة والجس المروى لا يصادفه عند وضعه عائق في هذه الحالة

ثم ان المرض الاصلى لطيفه لا فائدة في معالجة شلل المريء الناتج عنه وقد
اوصى بعضهم بادخال المجسات المروية ادخلا متكررا وباعطاء الاستر كمين
واستعمال السكر رباقية وقد قال انه شاهد في بعض الاحيان فائدة من ذلك
* (الفصل الرابع فى امراض المعدة) *

* (المبحث الاول) *

(فى التزلة المعدية الحادة اى التهاب التزلى الحاد للغشاء المخاطى المعدى)

* (كيفية الظهور والاسباب) *

الغشاء المخاطى المعدى يشاهد فيه مدة كل هضم طبيعى تغيرات اذا شوهدت
فى غير هذا الغشاء من الاغشية المخاطية تعتبر تغيرات نزلية وذلك ان افراز

العصير المعدي يكون مصحوبا دائما بحتمان عظيم في الغشاء المخاطي المعدي
يعقبه دائما إفراز مخاطي غزير واتصال كمية عظيمة من اخلية بشرية وهذه
الحالة الصحية كغيرها من التغيرات المرضية الحقيقية المشابهة لها تكون
مصحوبة باضطراب بني عموحي يسمى بحمى الهضم وعلى هذا فالتعريف الذي
ينطبق عموما على الالتهاب النزلي للاغشية المخاطية لا يمكن ان ينطبق على
النزلة المعدية فان التغير في الحالة الاولى مرضي وفي الثانية صحي فلا يعبر حينئذ
عن تغير الغشاء المخاطي المعدي بانه التهاب نزلي الا اذا جاوز هذا التغير حده
الصحي ومن الواضح تجاوز هذه الحالة حدودها الصحية بسبب تكرار
الهضم كل يوم وبسبب تعاطي الجواهر الغذائية المضاعفة التركيب وغير
الجيدة التي تستعمل عادة فيترتب على ذلك ان النزلة المعدية الحادة تعد من
التغيرات المرضية الكثيرة الحصول جدا ولهذا السبب كان من الواضح
ايضا ان الارتقاء المرضي لحالة صحية ينزول ويعود بسهولة اكثر من تغيرات
اخرى مخالفة بالكلية للاحوال الصحية ولذا كانت النزلة المعدية الحادة عند
المسلم باقواء الصحة اللائقة والمعالجة الجيدة اقل مكثا واسهل شفاء من
غيرها من التغيرات النزلية للاغشية المخاطية الاخرى

ثم ان الاستعداد للاصابة بهذا المرض يختلف باختلاف الاشخاص فمنهم من
يصاب بسرعة بالنزلة المعدية من التعرض لاثرات رديئة ومنهم من يتحمل
هذه المؤثرات بدون ضرر ومنهم وهو كثير من يكون استعدادا للاصابة بهذا
المرض بكثرته متعلقا بتناقص في افراز العصير المعدي اذ به يسهل حصول
تحللات غير طبيعية في المغدة وهذا هو السبب الغالب في حصول النزلات
المعدية وبهذا السبب ايضا يتناقص افراز العصير المعدي بشاهد كثرة
استعداد الاشخاص المصابين بامراض حمية لهذا المرض والقول بانه يوجد
في جميع الاحوال الحمية نزلات معدية من المبالغات المتجاوزة الحد فان كلا
من غطية اللسان وفقدا الشبهة عند المريض المحموم لا يترتب عليه وجود
تلك النزلة نعم حيث انه في كل حي يحصل بارتقاء درجة الحرارة ازدياد في
التجسير المائي بواسطة الجلد والرئتين فلا بد وأن يتناقص افراز اللعاب
ويستتبع من ذلك تناقص افراز العصير المعدي ايضا وهذا الحكم لا يثبت

بمجرد مقاومة العصير المعدي بغيره ومن الإفرازات بل ايضا بالمشاهدات
 اللار اسطية للطبيب (ومن) وعلى هذا اذا لم تحصل مراعاة هذا الامر ولم
 تحترس المرضى الاحتراسات اللازمة في اجراء التدبير الصحي الغذائى
 الموافق لتناقص افراز اللعاب والعصير المعدي لابد وان تحصل نزلات
 معدية ثقلية واغلب المضاعفات المعدية التى تشاهد مدة سير الامراض
 الالتهابية كالالتهاب الرئوى وغيره ينتج بدون شك من اهمال التدبير الصحي
 الغذائى

وكذا في زيادة الاستعداد للاصابة بالنزلة المعدية الحادة في الأشخاص
 المنهوكين ذوى التغذية الرديئة يظهر انهم ناشئة عن تناقص افراز اللعاب
 والعصير المعدي او بكونهم ما ضعيفين غير كافيين في الهضم اذ بذلك يسهل
 تحلل المطعومات وفسادها ومن القواعد المطردة انه متى تناقصت كمية الدم
 حصل تناقص في افراز العصير المعدي كغيره من الافرازات وحيث ان
 التمسكون بالهلوى التمسيلوى في المنهوكين يكون مقصا والقوة الحيوية
 لجميع الخلايا منهطة كذلك فلا شك انه في مثل هذه الاحوال تناقص كل
 من كمية اللعاب والعصير المعدي ولا يحتوى الاعلى فاقيل من الجسيمات
 الالتهابية او العصرية المعدية ذات الخاصية التخثيرية الضعيفة وايشاهد
 كثيرا في الناقهين نزلات معدية بكثرة عند تعاطي مطعومات لا تضر بهم في
 وقت آخر بسبب ضعف تأثير كل من اللعاب والعصير المعدي وعدم تحلل
 المواد الغذائية تحللا تاما بحيث يبقى جزء منها في المعدة عاسدا ومثل ذلك يقال
 في الاطفال المنهوكين فاقم انصاب بالنزلة المعدية عند تعاطي كمية من لبن الام
 ارباب البقر مخففة بالماء لا تضر بغيرهم من الانصاف اقويا البقية للمماثلين
 بهم في السن

واقول ان ذلك هو وقت التوبة في زيادة الاستعداد للاصابة بالنزلة المعدية
 في الأشخاص الذين يصرون على عدم مراعاة الاحتراسات من جميع المنبهات
 الغير الطبيعية فان الأشخاص الغير المعتادين على تعاطي بعض المشروبات
 الروحية والاطفال الملاحظ فيهم استبعاد الغذائى بغاية الضبط يكثر فيهم
 حصول النزلات المعدية متى أهمل تدبيرهم الصحي ولو بسير بخلاف غيرهم

من الاشخاص المعتادين يومياً على تعاطي قليل من المشروبات الروحية
والاطفال المعتادين ايضا على تعاطي الاغذية المتنوعة العسرة الهضم فيندر
فيهم حصول التزلات المعديّة وبالجمله يشاهد ايضا زيادة الاستعداد للاصابة
بالتزلة المعديّة فيمن اصاب بهذا الداء مرارا

وأما الاسباب المتعممة لحصول التزلة المعديّة فمنها ادخال كمية عظيمة جدا من
الجواهر الغذائية في المعدة ولوسهله الهضم في حد ذاتها وقد أثرنا فيما مر
الى ان حصول التزلة المعديّة في مثل هذه الحالة لا يكون ناشئا عن امتلاء
المعدة بل عن تأثير متحصلات التحليل والفساد الحاصل من عدم كفاية كمية
العصير المعدي المتفرز في هضم الجواهر الغذائية الموجودة في المعدة ولذا
لا يشاهد حصول التزلة المعديّة عقب زيادة امتلاء المعدة بدون واسطة بل
لا تشاهد اعراض هذه التزلة الا في اليوم التالي ليوم حصول الامتلاء
المذكور

ويندر تعاطي كمية من الماعونات زائدة عن الحد بالنسبة للبالغين والاشخاص
المتفطنين بدون عتمة متض بخلاف الاطفال الحديثي الفطام فانهم لا يستدعرون
بالشبع فيقرطون في الماء كل متى أمكنهم ذلك افراطا موجبا لزيادة امتلاء
المعدة خصوصا الاطفال المنوعين من ذلك مع شدة الاحتراس ومن
المعلوم ان الاطفال الرضع لا يحد فيهم الاحساس بالشبع فتراهم ينردون
اللبن متى وجدوه الى ان تمتلئ معدتهم زيادة فاذا تقايؤوه زال هذا الامتلاء
الزائد ولم يبق في المعدة الا ما يمكن هضمه واذا لم يتقايؤوه بقي هذا الامتلاء
فيصابون بالتزلة المعديّة ولو كان ما تعاطوه من الطف الاغذية وما اشترين
لقوا بل ان الاطفال الذين يتقايؤون اللبن بسهمولة يحفظون صحتهم فلا يكثر
تعرضهم كغيرهم

ومن هنا تعاطي الجواهر الغذائية العسرة الهضم ولو بكمية متوسطة وفي هذه
الحالة ايضا لا تؤثر هذه الجواهر الغذائية تأثيرا هيجيا في الغشاء المخاطي
المعدي بل المؤثر متحصلات تحليلها وفسادها التي تكونت عندهم تمام هضمها ثم
ان عسر هضم الجواهر الغذائية يتعاقب في الغالب بشكلا فان ذوى الشراطة
وعديي الاسنان وان ادخلوا في معداتهم جواهر غذائية سهلة الهضم في حد

داتها يمكن على حالتها يعسر تشربها بالعصير المعدى لقلة تجزى الاغذية
وتخلل العصارة المعدية في جميع أجزائها ومن المعلوم ان صفار البيض الشديد
الاستواء سهل في الهضم من بيضه وذلك لان الاول يسهل تجزئته في الفم
سهولة عظيمة دون الثاني فلا تيسر تجزئته الى جزئيات صغيرة الا بعسر عظيم
فاذا حصل ازدراده قبل ذلك كان عسرا نهضم وكذلك اللعوم الشحمية
وامر اكلها الدسمة فانه كثير ما ينشأ عنها نزلات معدية لكن ليس هذا فاشئا
كما نعتقده العامة من عسر هضم الشحوم بل من عوق تشرب اللعوم بالعصير
المعدى واختلاط هذه المواد الدسمة بعسر هضمها ولان ذلك كرهنا جميع
الجواهر العسرة الهضم التي ينشأ عن تعاطيها ولو بعد ازالة نزلات معدية
مضافة من طول الكلام

ومنها وهو كثير جدا ادخال جواهر غذائية آخذة في الفساد قبل وصولها
الى المعدة فانه يمكن حصول النزلة المعدية في البالغين من تعاطي اللعوم
الاخذة في التعفن ومن البوزة الغير التامة التخمير ونحو ذلك ويحصل
في الاطفال بكثرة من تعاطي اللبن الذي ابتداء فيه تخمر الحض اللبن ولذا
تتبعسر تغذية الاطفال تغذية صناعة مدة الصيف ليكون نساذا اللبن في
هذا الفصل سريع الحصول فاذا لم يتطاف فم الاطفال تنظيمها جيدا وأعطى
لهم اللبن في ثدى صناعي لاجل عدم صراخهم أمكن ابتداء فساد لبن البقرة
بل ولبن الام ولو حديثا في الفم (ومن المعلوم انه يلزم الدقة في تنظيف اناة اللبن
المراد حفظ اللبن فيه عن الفساد وتنقيته من الجزئيات الفاسدة التي توجد
فيه عادة حتى يحصل على هذه الغاية) ومتى ابتداء فساد اللبن المحتوية عليه
المعدة أثرت في اللبن الطارئ ولو جيدا مهما أمكن كسهم بحيث انه يفسد بسرعة
وسنذكر فيما سيأتى ان الجواهر الاخذة في التخمير يمكن انها تحدث في جدران
المعدة فسادا وليست بعد الموت ومثل هذا التأثير وان كان لا يقع على المعدة مفعلة
الحياة بسبب الدورة الدموية والتبادل العنصرى السريع في تلك الجدران الا
انه ليس من البعيد عن العقل ان الطبقة البشرية ذات التغذية القليلة القوة
تفسد مدة الحياة بتأثير محسب المدة الاخذة في التخمير وان تعرى الغشاء
المعاطى من طبقة البشرية الحافظة له يؤدى لافراز غزير جدا فيظهر أن

اعراض التي والاسهال مدة الحياة ولبس المعدة بعد الموت لا ينتج عن متحصل
تخمير الحض اللبني اعني حمض اللبنيك بل عن فعل التخمير نفسه ويستنتج ذلك
من كون اللبن المذمم الذي استحبال سكره اللبني الى حمض لبنيك استحالة تامة
يمكن تناوله بمقدار عظيم بدون ان ينتج عنه ادنى ضرر للاطفال البكارة و
البالغين وان اللبن المعدي المذكور يمكن حدوثه في معدة بعض الحيوانات
بعد فصلها منه بآثم ابالبن الحديث وتعرضه لدرجة حرارة لطيفة واحداث
اللين بهذه الكيفية فيها أسهل منه اذ عملت بجوامض مخففة

ومنها وهو كثير حصولها عقب تجميع الغشاء المخاطي المعدي بواسطة
المطعومات الحارة او الباردة جدا والجواهر الدوائية والكؤل والافاويه الا
ان تأثير الكؤل كلما كان أقل خفة كان أكثر ضررا وأما الافاويه ومخوها
من الجواهر المبهية فان استعمالها بمقدار قليل نهت حركة الهضم وأجهت
على حصوله بازدياد افراز اللعاب والعصير المعدي بطريق الانعكاس وان
استعملت بمقدار عظيم زاد التنبيه المذكور زيادة مجاوزة الحد فتؤدي
لحصول النزلة المعديّة

ومنها حصولها من ادخال جواهر تهوق القوة الهاضمة للعصير المعدي
أو تضعف حر كة المعدة وتبطلها ومن الواضح ان كلا من هذين التأثيرين
يؤدي لفساد المواد المحتوية عليها المذمة والافراط في المشروبات لروحية
زيادة عن تأثير الكؤل المهيج اللا واسطى في الغشاء المخاطي المعدي من
قييل هذه الاسباب ولذا تشاهد مواد القى في اليوم التالي ليوم الافراخ
في المشروبات الروحية متكونة من مواد طعامية غير منضمة فكاد
لا تكون متغيرة بالكيفية ومن قبييل هذه الاسباب التخدرات سيما المركبات
الافيوية فانها تضعف حركات المعدة وتهوقها عن مزج المطعومات
بالعصير المعدي وبطول بقائها في المعدة تحدث نزلات معدية كما يشاهد ذلك بكثرة
عقب استعمال مقدار عظيم من هذه الجواهر

ومنها انها قد تحصل من تأثير البرد الا ان حصولها منه أقل من حصول نزلة
المسالك الهوائية به

وبالجمله كثيرا ما تشاهد نزلات معدية بكثرة بدون اسباب معروفة في ارضنا.

مخصوصة بتسلطن الحالة المرضية الوبائية المعدية كإنا الأمراض المختلفة
في أزمسة هذا التسلطن تتضاعف نزلات معدية بدون سبب واضح ومن هذا
القبيل النزلة المعدية الوبائية المصحوبة بحركة حمية قوية والممتدة إلى القناة
المعوية فتحدث ما يسمى بالهيمضة الفردية وأما النزلة المعدية العرضية
للتسم في الدم فتتكمم عليها في محالها

(الصفات التشريحية)

سدم واحدة آثار النزلة المعدية الحادة في الرمة ومعنى أمكن ذلك شوهد
الغشاء المخاطي المعدى محمرا أحمراراً قطياً بسبب الاحتقان الخفيف
ومسرحه رخاؤه وسطحه الظاهر مغطى بمادة مخاطية لزجة والغالب أن لا
يشاهد في المعدة تغيير في الأطفال الذين هلكوا بأعراض الهيمضة الطفلية
ولا غرابة في ذلك فإن الاحتقان الشعري للأغشية المخاطية غير المعدية
الذي تحقق وجوده مدة الحياة بالمظن يزول ولا يبقى له أثر بعد الموت وإن
استترخ الغشاء المخاطي وانفصل بعض أجزائه من طبقة البشرية المذنب
يعتبر أن سبب الإفراز المعدى المعوى الغزير الذي يحصل في الهيمضة الطفلية
كثيراً ما يتسبب عسائر ويتهما بعد الموت بحيث لا يمكن إطلاقاً إثبات وجودهما
مع التأكيد ولذا كانت المشاهدات اللاواسطية التي أجراها (بومن) على
الغشاء المخاطي المعدى في حالة ناصورية معدية عند القيسس (مرتبن
الكنكندارى) مهمة جداً من حيث رؤية التغيرات التشريحية التي تحصل
في الغشاء المخاطي المعدى عند التهاب التهاب الزليار و لا واسطية وذلك أنه في
مثل هذه الحالة مني حصلت نزلة معدية عقب امتلاء المعدة امتلاء مفرطاً
بجوهر عسرة البهضم أو عقب الإفراط في المشروبات الروحية يشاهد
الغشاء المخاطي في ابتداء النزلة المذكرة محمراً أحمراراً شديداً ومرصها
يقع جراحة محمرة مغطاة بمواد مخاطية لزجة محتلمة في بعض الأصغار باتفاق
تليها من الدم عند تقسيم سير هذه المرض تشاهد هوكة في الطبقة المخاطية
ويؤلف انقراز العصب المعدى بالكمية بحيث يكون أغلب المسائل الخارج
من الناصور المعدى متكوناً من مواد مخاطية فقط أو مخاطية صلبة
ذات خواص قابلية ثم بعد يسير من الأيام يزول كل من الإفراز المخاطي

والخواص القلبية لأمواد المحترقة عليها المعدة وحينئذ يكتب الغشاء
الخاطى المعدى خواصه الطبيعية

واما لبن المعدة الذى يشاهد فى رمة بعض الاطفال فهو وان كثر تشخيصه
مدة الحياة وتبين ان الصفة القشرية مهمة مؤكدة له وشرح بعضهم اعراضه
شرحاً واضحاً وشوهدت احوال مرضية مطابقة للشرح المذكور بالكلية
ليس الاظاهرة رمية دائماً فان الاوصاف التى طبقت على لبن المعدة عين
ارصاف الهيمضة الطفلية والصفات القشرية التى زعم انها مؤكدة
للتشخيص توجبها فى غاية السهولة وذلك انه متى مات طفل كان مصاباً بـ
واسمه لعقب تخمر غير طبيعي فى المعدة ولم ينزل موجوداً فيها جواهر آخذة فى
التخمر فالتخمر لا تنقطع حركته عند برودة الجثة يبطه او حيث ان المعدة فى
هذه الحالة لا تقاوم ذلك التخمر عقب انقطاع الدورة الدموية فيها تترك فى
حركة الفساد فتلين كما تلين المعدة المنفصلة من حيوان بامتلائها باللبن
ووضعها زمنياً يبرأ فى محل قابل للحرارة ولذا ترى الاطباء الذين يقولون بان
لبن المعدة ظاهرة رمية يحكمون بوجوده فى الجثة متى مات طفل باعراض
الهيمضة الطفلية وكان متعاطياً بكية من اللبن او غيره من الجواهر السهلة
التحلل والفساد قبل الموت بزمان قليل

ثم ان (روكيثافسكى) الذى لا يقول بان لبن جدران المعدة ظاهرة رمية فى
جميع الاحوال قد قسمه الى شكلين الشكل الهلامي والسكل الاسود
فالاول منهما يكاد طبقاً لقوله ان يبدى دائماً من فاع المعدة ويعتد بالتدريج
الى قوسها العظيمة وأول شئ يلين الغشاء الخاطى ثم يمتد اللبن الى الطبقة
العضلية ثم الى الطبقة البريتونية وحينئذ تستحيل جميع اغشية المعدة الى
هلام سنجابي فقط او سنجابي محضرارب الى الصفرة شفاف ثم فيها احيانا
اشربة مسمرة موازية للاوعية الدموية الواقعة فى اللبن ايضا ثم متى
انفصلت الطبقات الباطنة اللينة لقاع المعدة وجد هذا القاع مقوياً من
مجرد البريتون الذى يكون على هيئة طبقة رقيقة صلبة القزق فحينئذ المعدة
اللينة تتميز من ادنى امسالك باليد وتدوب بين الاصابع بل قد توجد المعدة
متمزقة ومتحللة امنسـ كى تجويف البطن وهذا اللبن لا يقتصر على المعدة

دائماً بل قد يمتد الى الجنب الحاجز وقد يكون الجنب المذكور منقبوا
فيمسك بمحصل المعدة في التجويف الايسر للصدر

وأما الشكل الثاني اى الاسودلين المعدة ففيه لا تستحيل جدران المعدة الى
مادة هلامية شفافة بل الى عينة سوداء ومسمرة وهذا التغير يتكون متى
كانت الاوعية الشعرية للمعدة ممتلئة بالدم وطراً عليها اللين والاشربة
المسيرة الناشئة من تغير الاوعية الغليظة والدم المحتوية عليه تلك الاوعية
في الشكل الهلامي تنشأ هنا عن نفس هذا التغير في الاوعية الشعرية
وما احتوت عليه من الدم

والادلة التي تثبت ان اى لين للمعدة انما يحصل عقب الموت او عند النزاع اقل
ما هناك اى في الزمن الذي يكاد كل من الدورة والتبادل العنصرى في
الجدر المعدية يكون مفقودا فيه هي

اولاً ان لين المعدة يكاد يوجد على الدوام في قاع المعدة الذى تسكون فيه
المتحصلات الحضية المعدية متراكمة ولا يشاهد في الجزء البوابى الا اذا كانت
البلية ماثلة الى الجانب الايمن بحيث تجد المتحصلات الحضية المذكورة
اليه

ثانياً ان لين المعدة يشاهد في جزء بعض الاطفال الذين لم يكن فيهم مدة الحياة
ادنى علامة من علامات اضطراب وظيفة المعدة وكانوا قد تعاطوا قبل الموت
بقليل ايها او ماء محلى بالسكر او جواراً اخرى سهلة التخمير

ثالثاً ان المشاهدات المألوفة من انه في الاحوال التي توجد فيها جدران المعدة
متورقة عند فتح البلعة وتصلها بمنسكبها في تجويف البطن لم يظهر فيها مادة
الحماض اذ في عرس من اعراض التهاب البريتون ولا أثر تغيرات تسمى بحمة
بريتونية عند فتح الرمة

رابعاً ان ما يؤيد ذلك اخيراً ما ذكرناه من التجارب التي بها يمكن احداث
لين صناعى في جدر المعدة المنفصلة من حيوان

(الاعراض والسير)

اول ما تكلم هنا على اعراض النزلة المعدية الحادة القليلة الشدة المحسوبة
بمركبة خفيفة والمكونة لاصابة يومية تقريباً والناشئة في الغالب عن

الخارج المواد المحتوية عليها المعدة متغيرة تغيرا قويا وضعيفا وتسكون ذات رائحة وطعم حامين ومختلطة بمواد مخاطية كثيرة غالبا وقد يتسكروا التي بعد فترة مختلطة طولا وقصرا وكلما طال مكث المطعومات في المعدة كانت مواد التي عادة مرة الطعم مخضرة اللون بسبب اختلاطها بالافراء

وينظم لاعراض حالة التلبك المعدي الشديد أعراض تهيج شديد في الغشاء المخاطي المعوي غالبا فيحصل اسهال غزير من مواد مائية مخضرة مصحوب تارة بقصص وتارة لا ويحس المريض دائما براحة عقب التي والاسهال بل قد يشفي بالكلية بعد يسير من الايام وقد يشهد كل من التي والاسهال اشتدادا عظيما بحيث ينشأ عنه ما يسمى بالهيبضة الافرازية

والهيبضة الافرازية عبارة عن شكل من النزلة المعدية الحادة التي تتمد الى المعى وتنصف بارتشاح غزير من مواد سائلة قليلة الزلالية في المعدة والمعى ومثل هذا الارتشاح المائي يحصل في الدور الاول من الالتهابات النزلية لاغشية مخاطية غير غشاء المعدة سيما الغشاء المخاطي الاثني بكثره جدا حتى انه لا مانع من اعتبار التغير المعدي المعوي الناجم عنه كل من الهيبضة الافرازية ومعظم اعراض الهيبضة الاسمية تغيرا نزليا يؤدي بسبب اعتداده لحصول اعراض لا تشاهد في غيره من الالتهابات النزلية

وهذا المرض يحصل في فصل الصيف غالبا وحينئذ يصاب عددا كثيرا من الأشخاص في آن واحد ويندر ان يحصل في فصل غير الصيف من سوء التدبير الصحي ويندر ايضا ان تسبق النوبة الهيبضية اعراض مقدمة والغالب ان يصاب المريض به دفعة واحدة مدة الليل بان يحس بضغط متعب في القسم الشراسيفي يتلوه بسرعة غثيان وفي من مواد طعامية غير منهضمة في الابتداء ثم يخرج بعد ذلك يتسكروا التي كمية عظيمة من مواد سائلة خفيفة الاضفرار او ضاربة الى الخضرة ذات طعم مرو وبعد ذلك يقليل يحس المريض بقرقر في البطن ثم يتبرز برازا متسكورا من مواد رخوة هيجنية في الابتداء ثم من مواد سائلة يخرج منها في زمن يسير كمية عظيمة جدا وكلما زادت كميتها اقل ثقلها فان الاضفرار المنصبة في المعى بكميتها الطبيعية لا تكفي لتلويين جميع الارتشاح المرضي وفقد الدم لكمية عظيمة من الماء ينتج عنه عطش شديد

جدا لا ينطفئ به عطش مـ دار عظيم من المشروبات الانطفاء وقيما والمواد
 السائلة تجبر وصولها الى المعدة تنقذ من اعلى او من اسفل بالقيء او
 الاسهال اللذين يتكرر وصولهما كل ربع ساعة تقريبا وبذلك تزداد كثافة
 الدم والافرازات سيما الافراز البولي فانه يتناقص او يمتنع بالكلية بسبب فقد
 السائل الضروري لتكوينها وتقتصر السوائل الخلائية من جميع المنسوجات
 فيجف الجلد ويزول امتلاؤه ويضمر المريض وتتغير مهيئته ويتبدد بالانف
 وتغور الاعين بسبب جفاف المنسوج الخلوي للجحاجين وبذلك يتناقص
 حجمه وينضم له هذه الاعراض انقباضات عضلية مؤلمة خصوصا في سمانة
 الساقين مع انه يكاد لا يوجد ألم في البطن وعند انضمام هذه الانقباضات
 العضلية المؤلمة الى الاستقرات المنسكوكة من سائل عديم النلون عائم فيه
 ندف من خلايا بشرية معوية شبيهة بماء غسيل الارز او الشعير تتشكل
 الهيمزة الافرازية بصورة مشابهة بالكمية لشكل الهيمزة الوبائية الهندية
 ومع ذلك ندر مشاهدة زوال ضربات القلب والنبض زوالا تاما ومشاهدة
 اللون السيانوزي اى المزرق للجلد وبرودته وبرودة افاعية كما يشاهد ذلك
 دائما في الدور الاسفكسي للهيمزة الهندية ثم ان شدة الاعراض وهبوط
 المريض وانحطاطه والخطر الظاهر وان بلغ جميع ذلك ما بلغ لا ينبغي
 للطبيب ان ييأس مادام محققا ان المرض ليس وبائيا اى ليست الهيمزة
 هيمزة وبائية هندية اذ من المعلوم ان الشخص البالغ السليم البنية يكاد
 لا يملك من الهيمزة الافرازية والغالب ان يمتنع القيء والاسهال بعد انقضاء
 من الساعات ويندر ان يستقر الى اليوم التالى ليوم الاصابة فيصير الجلد حاراً
 ويكتسب امتلاء ثانياً ويحصل للمريض نوم وهو في حالة الاضعف لال ثم
 يتشـكـى بعد ذلك بتعب عظيم ويندر ان تتلونة الهيمزة اعراض الحمى
 الهندية ويندر جدا ان تنضم هذه الحالة بالموت فان حصل ذلك فلا يكون الا
 للاشخاص المنهوكين او المرضى من قبل اول الاطقال او الشـمـوخ وحينئذ
 ينشل المعى ويمتدح القيء والاسهال لكن مع استمرار الارتشاح ويزول النبض
 وتضعف حر كات القلب شيئا فشيئا وتتكدر الحواس وتملك المرضى في حالة
 انحطاط

وأما التهاب المهدى التزلى الحاد للإطفال الرضع فهو ذو أوصاف مخصوصة
 ناتجة عن تغذى هؤلاء الأطفال بلبن الأم أو البقرة ما المذرجة الخفيفة لهذا
 الالتهاب التي ينسب فيها الاضطراب الهضمى الى تخمس الأغذية كما قاله المعلم
 (بيدثار) لا تغير مرضى اولى ولا ثانوى في جدار المعدة ويسمى بها سوء الهضم
 فتكون الحالة الظاهرة للإطفال قليلة التغير وانما تكون أكثر ما هناك فيها
 تبعاً لما شرحه باهتة اللون بهامة خفيفة واهينهم محاطة بهم المظلمة ويكاد
 يحصل لهم دائماً بعد الرضاعة بزمن يسير في من لبن غير منعقد انعقاداً
 صحياً ونوع هذا التي من الاعراض المهمة فينبغي تمييزه عن التي تسمى اللبن
 المنعقد الناتج عن امتلاء المعدة فان انعقاد اللبن اى تجبسه في التي الصحي
 للإطفال لا يدل على ان اللبن صار حضياً بل على ان العصارة المعدية اثرت فيه
 تأثير صحياً حتى انعقدت المادة الجينية وأما عدم انعقاد اللبن المنعقد في باقي
 فيدل على عكس ذلك اى على وجود افرار غير طبيعي في المعدة ويؤدى لترجيح
 وجود نزلة معدية وبعد ظهور هذا التي بقليل او معه تصير الاستقرانات
 المعوية غير طبيعية وقد يقد التي بالسكبة وتكون صفة هذه الاستقرانات
 هي العرض الوحيد للنزلة المعدية بان تكون من سائل ذي خواص حضية لونه
 مخضر او اخضر مفر ومن تعقدات مختلفة الصلابة يضاء اللون شبيهة بالتي
 تشاهد في اللبن عند ما يعثر به تغيرات من استطالة مكثه خارج الجسم وذلك
 يثبت لنا ان العصير المعدى لا قوة له على هضم اللبن كما لا قوة له على انعقاده فجاء
 وكل من التي والامهال التالى لضجر الاطفال وصريحها والمجذاب
 اطرافها السقلى نحو البطن يتكرر بفترات مختلفة المدة وكثيرا ما يتغير لون
 الاستقرانات وقوامها

ثم تارة وهو الغالب يزول التي عما قليل من الايام ويعدم اللبن غير المنضم من
 الاستقرانات البرازية وتعود الاطفال الى صحتها وتأخذ في التوثايب وتارة
 يحصل زمناً فزمنياً من مواد حضية الرائحة من لبن سائل غير منضم
 او مستحيل الى كتل صلبة وعزج بمواد مخاطية ويكثر الاسهال وتكون
 استقراناته سائلة رقيقة غزيرة جدا ذات لون مصفر فاقع او مخضر ثم مبيض
 في غالب الاحوال وكثيرا ما يسبح في سائل الاسهال بعض ندف مصفرة

او مخضرة تبقى متشبهة بلقافة الطفل وبرشح السائل من تلك اللقافة ويترك
 فيها بقعا عظيمة رطبة عديدة اللون ورائحة الاستفراغات البرازية وبقية
 خواصها تكون حينئذ حضية وقد يتغير بدون سبب معلوم لون الاستفراغات
 البرازية بسرعة احيانا فنية قدذف فجأة كمية عظيمة من مواد مسمرة جدا غروية
 رخوة ذات رائحة كريهة ثم ان هذه الاشكال الثقيلة من النزلة المعديّة
 المعوية التي سماها المعلم (سيد نار) بالاسهال الطفلي تورث الاطفال انحطاطا
 عظيما سريريا فتتغير معنيتهم وتتقبض انقباضا تألما ومما قلبل من الايام
 تتكسر شرب وتوجد اعيانهم منطبعة نصف انطباع غالبا غائرة في الخجابين وتزرق
 شفاههم وايديهم وارجلهم ويصير الجسم سميما الظهر مرقعة عايقع مر مرية
 وتكون حرارة الجسم متوزعة توزعا غير منتظم فيكون الجذع سميما البطن ذا
 حرارة لا تطاق والوجه والاطراف باردة واليوافح تفقد تورثا بسبب
 تناقص امتلاء اوعية الدماغ فتخسف بل يخسف كل من الجهة والعظم
 المؤخرى اسفل العظمين الجداريين وتضعف حركات الطفل وتعسر رضاعته
 بحيث يترك الثدي بسهولة الا انه يشرب الماء بشراهة كبيرة ويتبدل
 صراخه الشديد الذي يسبق التبرز عادة بانين ضعيف تدريجيا ويكون في
 فترات اوقات التبرز ذاحلة نعاسية خفيفة ومن الاطفال من يم لك عند ازدياد
 الانحطاط وقد يحصل له قبل الموت يسير تشنجات واعراض أخرى ناتجة عن
 انيميا الدماغ (المعروف بالايروسفالويد اعني شبه الاستسقاء الدماغى) ثم
 اذا شرع هذا المرض في السير الحيد تناقصت الاستفراغات المعديّة تدريجيا
 وصارت طبيعية وزال الانحطاط واستوى توزع الحرارة العامة وشق
 الطفل الا انه يبقى عنده استعداد عظيم للنكسة

واما اذا ظهرت الاعراض المذكورة بسرعة عظيمة وكثرت تكرار التبرز
 وحصل للطفل في يسير من الساعات انحطاط عظيم قبل ان تحصل الخفاة
 العظيمة وكان ذلك معموبا بتناقص عظيم في حرارة الجسم العامة وانضم
 لذلك علامات تكاثف الدم يسمى ذلك بالهيمضة الطفلية وكثافة الدم تعرف
 أولا بما ينتج عنها من العطش الذي لا يكاد ان يطفئ حتى ان الطفل يظهر
 لانه الماء بشراهة عظيمة واذا اعطى له امسكه يديه امساكا قويا وشرب

ما فيه حتى يفرغ وثانياً باتضاح اعراض السيانوز وثالثاً بضيق خاص في التنفس حتى ان جذر الصدر والحجاب الحاجز تكاد يجهودان عظيمة بدون ان يعرف وجود عائق للتنفس سوى صعوبة مرور الدم المتكاثف في الاوعية الشريانية للرئتين وقد يهلك الطفل باعراض الهيمضة الطفولية المذكورة في يسير من الساعات وقد تضي نوبة الهيمضة الطفولية عليه ولا يبقى فيه الا شكل خفيف من النزلة المعدية وقد يعقب نوبة الهيمضة المفزعة شفاء تام بعد يسير من الزمن

(التشخيص)

اما تمييز النزلة المعدية الحادة التي تظهر على صورة تلبك معدى عن غيرها من اضطرابات المهضم فسنذكره في المبحث العاشر من هذا الفصل واما الهيمضة الافرازية فلا يمكن تمييزها تمييزاً كلياً عن الهيمضة الهندية اى الوبائية الناتجة عن تأثير ميازما قى هيمضى فان اعراضها ليست متشابهة فقط بل اعراض الهيمضة الافرازية عين اعراض الاحوال الخفيفة من الهيمضة الهندية ولا فرق بين هذين المرضين الا بان نصف المصابين بالهيمضة الهندية يهلكون واما المصابون بالهيمضة الافرازية فيكاد يشفي جميعهم وكثيرا ماتت شبة الهيمضة الافرازية بالتسمم الا انه يندر ان تكون مصطبحة بالام شديدة جدا كالتسمم بالحواض او بالاملاح المعدنية و يندر ان يحصل في التسمم استقراعات غزيرة جدا بخلاف الهيمضة الافرازية فلا يندر فيها ذلك ومتى استطاعت مدة المرض او اتضح في مدة سيره فواهر اعتيادية وجب مراعاة الاحوال التي تدل على وجود السم

واما النزلة المعدية الحادة الحاصلة للاطفال الرضع وكذا امهاتهم فلا يسهل اختلاطها بغيرهما من الامراض

(الحكم على العاقبة)

الحكم على عاقبة النزلة المعدية الحادة بالخطر والسلامة يستقبط شرحه من سير هذا المرض وذلك أن البالغين السليمي البنية من قبل يكادون لا يهلكون بهذا المرض اصلا واذ انكروا نكساته استحبال بسهولة الى الحالة المزمنة وأما الاطفال فالنزلة المعدية الحادة وتأتجها بالنسبة لهم تعد من الامراض

الخطرة جدا بحيث يهلك الطفل بها ولومع المعالجة الدقيقة

(المعالجة)

معالجة هذا المرض تنقسم الى واقية وسببية ومعالجة المرض نفسه ومعالجة عرضية

فاما المعالجة الواقية للفترة المعديّة المديدة المديدة فشرحها بموجب الى تطويل فاما لو أردنا ذلك زمننا ان نذكر جميع قوانين التدبير الصحي لكن بما تقدم يتضح لنا انه ينبغي تجنب حصول التلّزلات المعديّة الاعتناء التام في تدبير غذا بعض الاشخاص كالحُمومين والناقهين وحديثات الولادة والرضع فاما الاطفال الرضع فينبغي دائما ان يعطى لهم املأ لبن الام او الرضعة اذا تيسر ذلك وان اقتضى الحال تغذيتهم بلبن البقر ويجب ان يراعى في ذلك قوانين صحية مهمة يعرف أغلبها مما تقدم منها ان يكون اللبن جيدا اي حديثا بحيث يكون محلولا في اليوم الواحد مرتين بالاقل ومتى ظهر فيه ادنى حوضة وجب عليه في الحال لمنع استحالة السكر اللبني الى حمض اللبنيك ويمكن ان يضاف لمثل هذا اللبن قليل من السكر بونات القلوية حتى يصير متعادلا وازائد القلوية قليلا فان في ذلك فائدة عظيمة ومنها ان لا يكون اللبن مأخوذا من البقر المغذى بالأكسب ونحوه بل من البقر المغذى بالبرسيم ونحوه من المراعى الجيدة ومنها ان يكون مخففاً لتحقيقا كافيا بان يضاف اليه في الربع الاول من السنة الاولى قدر ثلثيه من الماء وفي الربع الثاني يضاف اليه قدر ثلثه ومنها ان يعطى اللبن في ازمة منتظمة غير قصيرة جدا وفي الاسابيع الاولى من الولادة يعطى للرضيع المص الرجاجي ذو الحلة المرنّة الشبيهة بحلة الثدي كل ساعتين وبعد ذلك يعطى له كل ثلاث ساعات ثم كل أربع ساعات وكلما كانت فترات التعاطى قصيرة وجب ان تكون الكمية المعطاة صغيرة ومنها ان تنظف الاواني التي يشرب منها الطفل وكذلك تنظفها جيدا واقل تهاون في هذه الاحتراسات ربما يؤدي لحصول التلّزلات المعديّة وأما التمسك بها غاية التمسك فقد يحفظه من التلّزلات المعديّة أقله من كثرة حصولها

وأما المعالجة السببية فتستدعي في الاحوال التي تكون فيها التلّزلة المعديّة مستمرة بسبب تناول المطعومات المضرة او الجواهر الغدائية الاخذة في

الفساد والتحليل استعمال مقيئ ثم ان بعضهم قد فرط من جهة في استعمال ذلك في التزلة المعدنية الحادة كما أهمل بعضهم من جهة أخرى في استعماله اهمالا زائدا عن الحد فانه اذا وافق الطبيب على تطلب المريض او جزم بحجر داخلاه باحساس بضغط وامتلاء في القسم الشراسيني وبتغطى اللسان ورائحة الفم بان عنده تلبكات معدية وأمر للمريض في جميع هذه الاحوال بعرق الذهب والطرطير المقيئ فلا بد أن تستطيل مدة المرض غالباً لتعريض المعدة المريضة من قبل لتأثير سبب مضر بدون احتياج الى ذلك كما ان من المضر خوف الطبيب المفرط من تأثير الجواهر المقيشة حذراً من كونها تحدث اسهالاً فمن كونه يمكن ان يشاهد عقب استعمال الطرطير المقيئ المستطيل التهاب معدى يترى ومن نظريات غير صحيحة في تأثير هذه الجواهر فان من يزعم ذلك من الاطباء يكون قد نسى ان تهيج المعدة الذى ينتج عن تأثير الجواهر المقيشة فيها ليس مضر ولا متلفاً عادة كما دلت على ذلك التجارب اليومية للطب العملى وجهل التجارب المفيدة للمعلم (ماجندي وبودجه) التى ثبتت ان تأثير عرق الذهب المقيئ والطرطير المقيئ ليس نتيجة التهيج الشديد الذى تحدثه هذه الجواهر في جدار المعدة بل هو نتيجة دخولها في الدم واختلاطها به وان (ماجندي) المذكور ينسب له احداث التقايب بواسطة الحقن بالطرطير المقيئ في الاوردة ولو بعد تعويض المعدة بمائة

فتى جزم الطبيب بان المعدة محتوية على مواد فاسدة بان دل على ذلك اتفاخ قسم المعدة وصوت القرع على هذا القسم وتجشئ غازات وسوائل تذكر براحتها وطعمها الاطعمة التى في المعدة وسوغت حالة المريض استعمال هذه الوساطة القوية لئلا يتردد تأخير استعمال المقيئ والاجود ان يؤخذ جرام من عرق الذهب ونجسة من الطرطير المقيئ ويعطى ذلك المقدار مرة واحدة وخروج المواد غير المنهضمة الفاسدة وان أمكن بسرعة من المعدة بدون المقيئ وبدون ادنى ضرر كما أثبتنا ذلك لا يحصل دائماً فان هذه الجواهر الفاسدة كثيراً ما تمسكت في المعدة زمناً طويلاً وتحدث بوصولها الى الامعاء اضطرابات مستمرة ثقيلة ففى أمكن تخليص المعدة من تلك الجواهر التى تحدث فيها تهيجاً مستمراً أو أمكن ايضا صيانة المعى عن تأثيرها المضر يلزم ان لا يتخشى الطبيب

من التهييج الوقتي الذي تحدثه الجواهر المقيمة في المعدة وأما إذا امتنع الطيب
من إعطاء المقي في مثل هذه الحالة وأمر بدله بجرعة من المغنيسيا المكسدة
كما هو جار الآن بكثرة كان ذلك بلا شك هو السبب في استتالة المرض كما
يحصل في الأحوال الأخرى التي يعطى فيها المقي بدون احتياج إليه ثم إن
المعى المتوسطة الشدة التي تعجب النزلة المعديّة لا تمنع من استعمال المقي
وأما إذا كانت شديدة جدا وشك الطيب في كونها ابتداء مقي فيفوسية
وجب عليه أن لا يعطى المقي فإن التيقن من ربما اكتسب سيرا ثقيلا مستمرا
في الأحوال التي فيها يعطى ابتداء مقي ثبات أو مسهلات

وأما المعالجة السببية فإنها في النزلة المعديّة البسيطة لا تدعى استعمال
المسهلات إلا إذا وصلت المطعومات الفاسدة إلى المعى وفتج عنها انتفاخ غازي
في البطن ومغص خفيف وتخرج غازات كريهة الرائحة وغيرها من
اعراض الامتلاء المعدي المنذفع إلى أسفل ففي مثل ذلك تعطى المسهلات
الخفيفة خصوصا الراوند ومنقوع السنالركب ويوصى في مثل هذه
الحالة خصوصا إذا اصطحبت بتكوينات حمضية غير طبيعية في المعدة بجرعة
من المغنيسيا المكسدة (بان يؤخذ منها نصف أوقية على غمان أواق من الماء
ويعطى منها كل ساعة أو ساعتين كل ملعقة من ملاءق الكل) فتحدث
ولا بد اسمها الخفيفا فحينئذ تفضل عن الاملاح المتعادلة

وأما إن حصلت في المعدة تكوينات حمضية غير طبيعية وظهرت لها قنطرة للنزلة
المعديّة بان استحالت الجواهر النشائية إلى حمض لينيك وسمنيك أو حصل
تخمر خلّي في المعدة عقب تعاطي البوزة والنيذ ولم تسوغ مكابدات
المرىض الخفيفة إعطاء مقي فإن المعالجة السببية تدعى استعمال
القلويات الكربونية والمسهل بعمل بكثرة هوائي كربونات الصودا فيعطى
منها كل مرة من ست قببات إلى عشرة مسحوقة أو محلولة وإذا أريد إعطاء
ماد كرسنال على الشكل المعروف بماء الصودا فيمكن الماء المحفوظ في الخازن
محتويا على بيكرينات الصودا حقيقة لا مكتوفا فقط من حمض الكربونيك
والماء كما هي العادة في تكوين مياه الصودا على مقتضى الدستور الأقرباذيني
الانجليزي

وكثيرا ما يتخلف في المعدة قليل من الجواهر الا آخذة في الفساد ولومع الاستمرار ان المتكررة من اعلى ومن اسفل والقويات المستعملة ايضا وان كانت ذات قوة على تعادل الحوامض المتكونة في المعدة لا قوة لها على ايقاف حركة الانحلال اى الفساد الحاصل في هذه المواد ومنع تكون متخضبات حمضية جديدة وهذه الجواهر المتخلفة في المعدة الا آخذة في الفساد تسرى حركة انحلالها وفسادها الى المطعومات الجديدة فتحييل الاغذية غير المضرة الى جواهر مضرة بالغشاء المخاطي المعدى خصوصا في الاطفال الذين تشاهد فيهم هذه الحالة بكثرة جدا فالعلاج السببية في هذه الحالة تستدعى ايقاف فساد الجواهر التي تبقى في المعدة ولو بعد النقي والاسهال والحصول على هذه الغاية عسر وكثيرا ما تنجز عنه صناعة الطب فحق علم الطبيب ان السبب الغالب للاسهال في الاطفال هو الفساد اى الانحلال الغير الطبيعى لما احتوت عليه المعدة والامعاء اتضح له توجيه النتائج المضرة بعلاجهم اذ المبراع فيها غير النزلة المعدنية والمعوية ومن المعلوم انه يعسر ايقاف التخمر من الابداء وغيره من حركات الانحلال خارج الجسم وايضا الوسائط التي تستعمل لذلك خارج الجسم عادة لا يمكن استعمالها جميعها لايقاف التخمر والفساد اللذين يحصلان في باطنه اذ لا يتيسر لنا تخفيف ما احتوت عليه المعدة ولا جعله في درجة حرارة مرتفعة جدا أو منخفضة كذلك بحيث يقف تخمره وفساده بل بعض الجواهر التي تستعمل مضادة للتخمر ذات تأثير سمي في الجسم لكن لو اعتبرنا الجواهر العديدة المختلفة الخواص التي تستعملها الاطباء على سبيل التجربة او العقل في اسهال الاطفال وقيئهم مع النجاح العظيم احيانا لوجدنا انها جواهر تستعمل ايضا خارج الجسم لايقاف التخمر وغيره من انواع الفساد والانحلال واغلب هذه الجواهر استعمالها في اسهال الاطفال والقويات الكرونية والحوامض المعدنية خصوصا حمض المريكبات والزيئق الحلو وتترات الفضة وكذا التمين والكريوزوت والجوز المقي ومن الجائز ان بعض هذه الجواهر لا سيما تترات الفضة والتمين ذات تأثير جيد في الغشاء المخاطي المعدى المعوى لانها تالط في درجة احتقانه بسبب خاصية القهض التي فيها

الآن اغلبها خصوصاً الرزبق الحلو لا يؤثر هذا التأثير في الغشاء المخاطي
المعدى فلا يمكن توجيه النجاح الذي يعقب استعمالها الا يكونهم اوقف حركة
الافحلل والفساد الحاصلة في الجوهر المحتوية عليها المعدة فتعد حينئذ من
المعالجة السليمة فعلى هذا متى وجد الطبيب طفلاً مصاباً بنزلة معدية خفيفة
تعرف بالقيء الخاص بهذا المرض وباختلاط مواد البراز الحمضية بالبن غير
منهضم وجب عليه ان يأمر للطفل بالحبة القاسية التي سيأتي بيانها في شرح
معالجة المرض نفسه بالقلوبات السكرونية التي هي الطف الجواهر السابق
ذكرها بشرط ان تكون ممزوجة بقليل من الراوند على شكل السقوف
المانيزي الراوندى الكثير الاستعمال فان كانت النزلة ثقيلة وكان الاسهال
شديداً كان استعمالها على شكل الصبغة الراوندية بان يأمر له بالجرعة
القديمة المشهورة المكونة من درهمين من صبغة الراوند وثلاث عشرة نقطة
من محلول كربونات البوتاسا ووقيتين من ماء الككمون ودرهمين من
الشرب البسيط ويعطى من هذا المخلوط مل ملعقة صغيرة عدة مرات في
اليوم فان لم تنفـر هذه الطريقة ودام فساد الجوهر المحتوية عليها المعدة
وازداد الاسهال وجب اعطامه داء صغير من الرزبق الحلو كما هو الممدوح
في معالجة اسهال الاطفال من منذ زمن طويل والعادة ان يعطى منه ثمن قحمة
او ربع قحمة مرتين او ثلاثة في اليوم والمعلم (سيدنا) مع تقضيله للرزبق الحلو
في مثل هذه الحالة عن غيره من الجواهر العلاجية يعطى منه مقدار اعظم
من المقدار المذكور ويكرره في اليوم أكثر من التكرار المعتاد ما زجاله
بمقدار قليل من الحلبة وكيفية ذلك ان يؤخذ

}	خ	من الزبق الحلو المجهز بالبخار	٤ قحبات
	من مسحوق جذر الحلبة	٢ قحبات	
	من السكر الأبيض	١ درهم	

يعمل ذلك مسحوقاً ويجزأ الى ثمانية اجزاء متساوية في اوراق ويعطى منه
كل ساعتين ورقة سفوفام قليل من الماء الا ان هذه الطريقة لا توصل الى
الغاية المطلوبة في جميع الاحوال فكثيراً ما يسـقر الاسهال والقيء ولو مع
الحبة القاسية وتكرار استعمال سفوف الرزبق الحلو وحينئذ لا تصح

المداومة على اعطاء هذا الجوهر بالشديد التأثير ولومع ندرة ما يفتح عنه من
الالتهاب الفموي الزئبق بسبب استقراره والاسهال اللذين يمنعان
امتصاصه بكمية بل بكمية قليلة جدا كما يظهر فيضطار الطبيب في مثل هذه
الحالة لتزلة الجوهر التي تأكدت جودتها بالتجارب ويلجئ لاستعمال
غيرها ولودلت التجارب على انه أقل منفعة مما تقدم وقد يتفق ان تحبب
الطبيب يلجئه لاستعمال جوهر بعد الاخر فينتقل من جوهر الى آخر
تنقلا تجريبيا لا تعقليا وليس هناك أدلة واضحة يستدل بها على تفضيل
استعمال نترات الفضة مثلا او التين او حمض الكلور ايدريك او صبغة
الجوز المقبي والغالب ان الطبيب يتبدى باستعمال مظهر له نجاحه في آخر
مرة علاج فيها امر يضاهي المريض الذي بيده والذي تفضله ونأمر باستعماله في
الاحوال ذات التي الغزير والعطش الشديد جدا والاستقرائات البرازية
المائية الغزيرة هونترات الفضة لكن بمقدار قليل جدا (بان يؤخذ من

{ نترات الفضة المبلورة $\frac{1}{2}$ قحمة }
{ ماء مقطر ٢ اوقيتين }

ويوضع هذا المحلول في زجاجة سوداء ويعطى منه كل نصف ساعة او ساعة مل
معلقة صغيرة) وكذلك جرعات صغيرة من الماء الجليدي فاذا فقد التي مع
استقرار الاسهال وكان غزيرا فالاجود ان يعطى التين ان لم يثمر الزئبق المحلول
(بان يؤخذ من التين $\frac{1}{4}$ جرام فيصلى في ٣ اواق ماء مقطر
ويعطى من هذا المحلول مل معلقة صغيرة كل ساعتين)

واحوال هذا المرض المستطيلة غير الخبيثة يؤمر فيها باستعمال حمض
الكلور ايدريك في محلول غروي واما استعمال صبغة الجوز المقبي
والكربون و زوت و صبغة الحديد فدلائله مجهولة واما التزلة المعديّة الناشئة
عن تأثير البرد فتستدعى معالجتها السببية الاتجاء الى الوسايط المعروفة واما
الناشئة عن موثرات وبائية غير معروفة فلا يمكن اجراء ما تستدعيه المعالجة
السببية فيها

وأما معالجة المرض نفسه ففيها ينبغي الاعتناء الكلي بالتدبير الغذائي مع
تجنب استعمال الاستحضارات الدوائية بكمية فقد دلت التجارب على ان

احتمقان الغشاء المخاطي المتزايد عن الحالة الطبيعية المعهودة بازدياد الافراز
المخاطي وغيره من التغيرات الغزلية يعود بسرعته الى حالته الطبيعية متى زالت
الاسباب التي احدثت ارتقاء الاحتمقان في الغشاء المخاطي احتمقا فامر ضياعها
واجتئبت الاسباب المضرة التي تستبقية وحيث كان من الثابت ان اللطف
المطعمومات يحفظ الاحتمقان التزلي في الغشاء المخاطي المعدي وجب على
الطبيب منع المريض المصاب بهذا المرض من الماء كل رأساً فبأمره بالصوم
زمنه معلوما ولا بد من التمسك بهذا الاحتراز خصوصا في شكل الغزلة المعدية
التي تظهر على صورة التلبك المعدي وكثيرا ما يلاقي الطبيب عمرا في تهيم
امرهم هذا فان شأن الامهات ان يعسر عليهن منع الطفل من الاغذية
ولوزننا قليلا كما ان البالغين المصابين بنزلات معدية يميلون لتعطى
الماء كولات المبلطة الحريفة وان لم يحسوا بالجوع وكما حث الطبيب على
الاحتمقان عن الاكل تحصل على النتيجة العظيمة لكن اذا استطلعت مدة
المرض وكان مصطحبا بحركة حمية وخشى من ازدياد النوبة بسبب تعادي
الحركة الحمية وجب عليه أمر المريض بالماء كولات سائلة فانه يقل نفيسه للغشاء
المخاطي المعدي بهذه المثابة وعليه ان لا ينسى في مثل هذه الاحوال ان
العصر المعدي صار قويا بسبب اختلاطه بالمواد المخاطية وفقد معظم قوته
الهاضمة ولذا ينبغي منع استعمال الجواهر الغذائية التي تحتاج في عمالها
للمصارعة معدية حضية كاللبن والبيض واللحوم واعطاء الاغذية النشائية
مادامت العلامات الدالة على تكوّنات حضية غير طبيعية موجودة
فالشرية السكاوية اى المائية غداء لطيف للمصابين بنزلات معدية
مستطيلة

ومن العسر جدا على الطبيب اجراء التدبير الغذائي في الاطفال المصابين
بنزلات معدية ناتجة عن فساد يعسر اي قافه في الجواهر المحتوية عليها المعدة
او محفوظة بها فان اللبن مع كونه غذاء لطيفا طبيعيا للاطفال يصير في مثل
هذه الحالة مضرا جدا فانه يفسد بسرعة وحينئذ يحسب الطبيب في اعطاء
جوهرا مغذي اللبن واختخاب جواهر غذائية لا تنفس في المعدة في مثل هذه
الحالة ولا تستحيل الى مواد مضرة اذ من المؤكد ان المطبوخ الغروي من

الشعير او القمح او الاروروط او لباب الخبز يسد بسرعة كسرعة فساد اللبن ويستحيل الى متحصلات حمضية فعلى الطبيب حينئذ في معالجة مثل هذه الحالة مع التجاح ان لا ينسى ان الاطفال لا تم لك من الجوع ولو اقطع عنهم الغذاء يوما او يومين واعطى لهم بدله الماء بدون ان يضاف اليه السكر كما يفعل غالباً وهذا امر مهم للغاية فينبغي التمسك به ومتى زال القي والاسهال بهذه الطريقة واستعاض الدم المتكاثف ماء مشوه و زال انخفاط الطفل بسرعة بحيث يظهر ان الاطفال الجباع عادت اليهم قواهم وحينئذ يبدأ باعطاء قليل من اللبن الخفف واذالم يتحمل الطفل ذلك وخفف من استئطالة الحمية عليه وجب ان يعطى له بعض ملاعق من خلاصة اللحم المجهزة بطريقة وضع قطع اللحم الصغيرة في زجاجة مسدودة سداسح كما بدون اضافة ماء اليها ثم نوضع تلك الزجاجة في قدر مملوء بالماء المغلي جملة ساعات

واما الوسايط العلاجية المضادة للالتهاب فلا يلتجأ اليها في معالجة النزلة المعديّة في حدوداتها الاندرا والغالب ان يستغنى عن الاستعمالات الدموية العامة والموضعية واما التبريد فيمكن استعماله بنجاح في النزلة المعديّة الشديدة المصهوبة بقي او عطش شديدتين ولذا اوصى الاطباء في احوال الهبضة الانفرادية والطفلية باستعمال الماء الجليدي شربا او باستخلاص قطع من الثلج ووضع المكمدات الباردة على البطن وضامته كروا بسرعة

وأما استعمال الملح النوشادوي في النزلة المعديّة فقول بعدم منفعته هذا أكثر مما ذكرنا في النزلة الشعبية ولا يرتكن الى القول بتأثيره المضاد للحالة النزلية في النزلة المعديّة الحادة فمعاطيه حينئذ لا يعين الاعلى تناقل المرض وأما استعمال حمض الكربونيك في معالجة النزلة المذكورة فمدوح للغاية ويعطى على شكل المساحيق او الليمونات الغازية الفوارة والمياه الحمضية الكربونية والعادة ان يحصل عقب تعاطي حمض الكربونيك في المعدة تجشؤ بسرعة وبذلك يظهر انه يخرج من المعدة غازات أخرى موجودة فيها فيحصل عقب ذلك راحة وقيمة ومع ذلك فلا يقال ان حمض الكربونيك المعبر ذاتاثير مهيج قد لطف الاحتمان المعدي وانه ذو تأثير لا واسطي في الشفاء

السريع للنزلة المعديّة

وعكس ذلك يقال في القلاويّات الكربونيّة فإن إيصالها للمعدة يحصل به
تناقص في تماسك المواد المخاطيّة المنفردة وسهولة في انقذافها ولذا ينبغي
لاعتناء باعطائها في الادوار الاخيرة من النزلة المعديّة بقطع النظر عما
نستدعيه المعالجة السببية لهذا المرض في استعمالها كما تقدم ذلك ويظهر
زيادة على ذلك ان القلاويّات الكربونيّة تزيد في إفراز العصير المعدي كما
دلّت عليه تجارب كل من المعلم (بالندلو وفري بيكس) التي تأكد منها انه بعد
ذهاب القلاويّات الكربونيّة يتكوّن عصير معدّي حضيّ بحيث لا يحصل تعادل
القليّ فقط بل ان العصير المعديّ يكتسب صفة حمضيّة بسرعة والاجود أن
تعطى القلاويّات الكربونيّة في احوال التلبك المعديّ على شكل ماء الصودا
او على شكل صبغة الراوند المائية

واما المعالجة العرضيّة فيندران تستدعي وسائط غير السابقة والاعراض
التي تلحّثنا في الغالب لاستعمال وسائط غير السابقة هي التي والاسهال عند
اشتراك المعدي والمعدة في المرض فانهم ان كانوا خفيفين لا يجوز جازما لاستعمال
وسائط مخصوصة وان كانوا ثقلين جدا كما في الهبضة الافرادية والطفلية
ونج عنهم فقد عظيم في مائة الدم وتكاثره صار مهدد للحياة فيستدعيان
وسائط علاجية مخصوصة وأكثر هذه الوسائط استعمالا في التي والاسهال
لثقلين الافيون لكن لا يعمل يقينا وجه إيقاف الافيون التي والاسهال
ولا اعتبار مضاد الهما فان قيل انه لا يحدث الاشل حر كات المعدي وبذلك
يقل عدد الاستقراعات بدون ان يلطف إفراز الغشاء المخاطي قلنا هذه المنفعة
وهيّة والذي يظهر حقيقة ان الافيون كما يؤثر في حر كات المعدي يؤثر ايضا
في تناقص إفراز الغشاء المخاطي المعوي ويجوز أن يكون هذا ناتجا عن ذلك
ولذا اذا لم يؤثر في الهبضة الافرادية الماء الجليدي الذي ذكرناه ذو تأثير
جيد في التي الشديد وتكررت فيها نوب الاسهال بسرعة شديدة يجب اعطاء
الافيون بمقدار نصف قحمة كل مرة اما مسحوقا او على حالة صبغة سواء كان
محزرا او منضما بخبر من الجواهر الموشة والافيون وان كان ينبغي التوقف
في استعماله في الطب العمل للاطفال لاسيما واعطاء هذا الجوهر لا يستدعيه

كل من المعالجة السببية لهذا المرض والمعالجة المؤسسية على طبيعته قد يلجأ
الى استعمال مقادير صغيرة منه في الهيمزة الطفلية متى صارت الاستفرغات
شديدة جدا وكلما ازداد الهبوط في الهيمزة الافراذية والطفلية وصار النبض
صغيرا وانخفضت الحرارة وجب ان يعطى مع ذلك وسائط منبهة بان يعطى
للمرضى مقادير من النيذا والايثير والقهوة وتستعمل مع ذلك اللبخ الخردلية
من الظاهر

وهناك احوال قد يحصل فيها تراكم كمية عظيمة من المواد المخاطية في المعدة
مدة سير النزلة المعديّة ولو مع استعمال القلوياات وهذه المواد التي هي
منحصل النزلة المعديّة يمكن ان يكون فسادها سببا لاستمرار هذا المرض
استمرارا مستعصيا او سببا في استطالة النقاها وقد كدر الهضم عقب انتهاء
هذا المرض فحي انضخ الطيب في ادوار النزلة المعديّة الاخيرة بمركات
التقايي المتعبية التي تنقذهم ازمنا فزنا كمية عظيمة من مواد مخاطية
وبفقد الشهية وبطء النقاها ان هنالك مواد مخاطية متراكمة في المعدة ويجب
عليه اعطاء مقبّي

(المبحث الثاني في النزلة المعديّة المزمنة)

(كيفية الظهور والاسباب)

الالتهاب المعدي النزلي المزمن تارة يحصل عقب النزلة المعديّة الحادة متى
استطالت مدتها او تكررت نكساتها وتارة يحصل من ذاته ابتداء واسباب
النزلة المعديّة المزمنة هي غالباً عين اسباب النزلة المعديّة الحادة فمن ان جميع
المؤثرات المضرة التي تحدث الاخيرة تنشأ عنها الاولى متى استطال تأثيرها
او تكرر خصوصاً استطالة الافراط في المشروبات الروحية فانه السبب
الغالب للنزلة المعديّة المزمنة والكول يزاد تأثيره المضر كلما كان أكثر
تركزا ولذا ترى الاشخاص المدمنين للسكر يصابون بهذا الداء كثيرا

ومنها ان النزلة المعديّة المزمنة تكون متعلقة في كثير من الاحوال باحتقانات
احنباسية في اوعية الغشاء المخاطي المعدي والعائق الذي ينشأ عنه احتباس
الدم قد يكون مجلسه الوريد الباب ولذا ترى جميع امراض الكبد التي ينفج
عنها ضغط الوريد الباب وتقرعانه تصطبغ دائماً بنزلات معدية مزمنة وقد

يكون مجلس العائق بعيدا عن الكبد وهو الغالب فان جميع امراض القلب والرئتين والبلعور التي تعوق استقراغ دم الاوردة الاجوفية تعوق أيضا انصباب دم الكبد والمعدة مع ذلك في تلك الاوردة ولذا كثيرا ما تشاهد النزلة المعديّة المزمنة في أحوال الانقباض الرئوية وسيرور الرئتين والآفات العضوية للصمامات القلبية كما يشاهد سبانوز الجلد العام في جميع هذه الاحوال فانها تين الحالتين فحصة لان بكيفية واحدة ومنها ان النزلة المعديّة المزمنة كثيرا ما تعقب السيل الرئوي وغيره من الامراض المزمنة وقد ذكرنا فيما تقدم ان المصابين بالسيل الرئوي كثيرا ما يتسكون باعراض النزلة المعديّة لابعراض مرض الصدر ويلتجئون الى الطبيب في معالجة النزلة المعديّة دون السيل الرئوي

ومنها ان النزلة المعديّة تعقب دائما سرطان المعدة وغيره من الاستحالات المرضية لهذا العضو

* (الصفات التشريحية) *

الغشاء المخاطي للمعدة في النزلة المعديّة المزمنة يشاهد غالبا بالون أجور ضارب الى السمرة او سنجابي كما يشاهد ذلك في غيره من الاغشية المخاطية متى كانت مجساة النزلات مزمنة وهذا اللون ينشأ عن انزف من الاوعية الشعرية الصغيرة في جوف الغشاء المخاطي واستحالة المادة الملونة للدم الى مادة بيضوية وبدل الاحتمقان الرفيع الذي يشاهد في الغشاء المخاطي المعدي المصاب بالنزلة الحادة يوجد في النزلة المعديّة المزمنة تقرحات وعائية غليظة غالبا بل وتعددت دوائبة في بعض المحال ويكون الغشاء المخاطي زيادة على ذلك متزايد في السموك بسبب ضخامة فيه سيرا كثيرا متانة وثخانة في الحالة الطبيعية وذا ثنيات بارزة متعددة وان لم تكن الالياف العضلية للمعدة منقبضة تعقب البرودة الرمية وقد يشاهد في بعض امثاله ارتفاعات اسفنجية رخوة ناتجة عن ضخامة تجلية وكثيرا ما تشاهد فيه بروزات متعددة منقصة له عن بعضها بآبار سطحية وهذه الحالة تعرف بالحالة الحليمية للغشاء المخاطي المعدي وتعلق غالب البضخامة جزئية في هذا الغشاء تتمدد فيها بعض الغدد المعديّة والمسوج الكائن بينها وقد تعلق هذه الحالة على رأى

(فريركس) بتجمعات ضخمة مستديرة في المنسوج الخلوي تحت الغشاء
 المخاطي او بنمو بعض الاجزى المسدودة المتكاثفة وعلى رأى (بود) بامتلاء
 الغدد المعدية بافراز محتبس والتغيرات التشريحية المذكورة يكثر وجودها
 وقتئذٍ دمها في الجزء البوابي من المعدة وماذا الا لكثرة وجود الغدد
 المخاطية في هذا الجزء والسطح الباطن من هذا العضو يكون مع ذلك مغطى
 بمادة مخاطية مبيضة سنجابية لينة متشعبة يجدران المعدة تشبهاً بمينا وزيادة
 عن سموكة الغشاء المخاطي وكثافته قد يستحيل كل من المنسوج الخلوي
 تحت هذا الغشاء والطبقة العضلية الى مادة ضخمة يبلغ سمكها قليلاً من
 الخطوط وقد يبلغ نصف قيراط وازدياد سموكة الجدار المعوي يعلقب بضخامة
 بسيطة فيها تتولد ألياف عضلية تولد اجياداً ويحصل ازدياد في ألياف
 المنسوج الخلوي تحت الغشاء المخاطي وبين الاليف العضلية والطبقة
 العضلية النخينة عندئذٍ تكون على هيئة مادة سنجابية باهتة مخررة خرواً
 كاللحم عندئذٍ فيها من الظاهر الى الباطن حواجز خلوية تنسكبها هيئة مدرجة
 وقد يكون الجزء البوابي للمعدة جميعه خصوصاً البواب نفسه متغيراً بهذا
 الكيفية وقد تكون سموكة جدار المعدة قاصرة على بعض اصنافه وكونه
 لتعقدات بارزة وبسبب سموكة جدار المعدة عقب ضخامتها قد يحصل ضيق
 عظيم في البواب ربما يعقبه تمدد عظيم في المعدة

* (الاعراض والسير) *

المرضى في النزلة المعدية يشكون غالباً باحساس بضغط وامتلاء متعبد في
 القسم الشراسبي يزداد عقب الاكل لكن يندران يرتقي الى درجة الايلام
 السديدة ومتى ظهر الايلام المذكور عقب الاكل وكان القسم المعدى
 شديد الاحساس عند الضغط ترجح أن النزلة المعدية ليست بسيطة بل
 مضاعفة بتغيرات عضوية ضخمة في المعدة وزيادة عن الاحساس بالامتلاء
 بوجود القسم المعدى ذات انتفاخ ناشئ عن امتلاء هذا العضو بالغازات
 وبالطعومات التي تكث فيها زمن اطول ولا ثم ان الغازات التي تتركز في
 المعدة المسببة بالنزلة المعدية المزمنة عظمها ناشئ عن الفساد الذي يعتري
 الطعومات بسبب ان العصير المعدى الذي صار قلوياً لا قوة له على هضمها هضمها

طبيعيًا وعن تأثير المواد المخاطية فيها احتوت عليه المعدة كخبرة غير
طبيعية ومما يساعد على حصول الاضطلال غير الطبيعي في النزلة المعديّة المزمنة
كون الطبقة العضلية للمعدة مع ازدياد سمومها مشحولة في وظيفة مسبب
ارتشاحها ارتشاحًا أو ذيمًا وبما فإن المعدة متى ضعفت حر كائنها مكثت
الاطعمة فيها زيادة عن مكثها الاعتيادي فيعسر عليهم اسباب ذلك التفساد
فينتدفع من المعدة زمنًا فزمنًا بواسطة التجشؤ غازات ذات تركيب
كتركيب الغازات التي تتكون في النزلة المعديّة الحادة وبهذه التجشؤ
وهو أحد الاعراض الملازمة للنزلة المعديّة المزمنة يصل إلى الغم زيادة على
الغازات بعض مواد من مخصصل المعدة ذات طعم حضي أو زخج بارد تنزرد
وتارة تنفذ بالبصق وتكون حمض اللبنيك أو السمينيك الماشي عن استحالة
النشائبات استحالة غير طبيعية يصل في النزلة المعديّة المزمنة إلى درجة عظيمة
حدًا بحيث إن السوائل الحضية الحريفة المدرفعة في المريء والبلعوم
بالتجشؤ ينتج عنها في مثل هذه الأحوال احساس باحتراق يسمى بالتجشؤ
الحديد الحمي

وقد ينضم للاعراض المذكورة في النزلة المعديّة المزمنة فيمكن هذا العرض
ليس ملازمًا له هذا المرض دائمًا بل لا يحصل فيه عاده الا نادرا وقد دلت
مشاهدات الشهير (فريركس) الذي أُرشدنا إلى أغلب ما نعرفه في اضطرابات
الهضم على أن المواد الكربونية المائية في أحوال النزلة المعديّة المزمنة
تستحيل أحيانًا إلى مادة لزجة خيطية تشبه الضمغ كالمادة التي لا يتسدر
أكونها عند تنخر حمض اللبن خارج الجسم وقد لا تكون مواد التي تتكون
الأمزجة أعظم من هذه الجواهر الخاطئة عن الأزوت التي تستقرغ
بحركات عنيفة وتكون على صفة مادة لزجة خيطية وقد ينفع بالقيء
مادة مخاطية حقيقية مع مادة سائلة تفهية وهذه النوع من القيء يشاهد
في أحوال النزلة المعديّة المزمنة للسكران ويسمى بقيء الصباح وقد امتحنت
المعدة (فريركس) المذكورة هذه المواد بالدقة فوجدت ذات خواص قلووية
في العالب وذات وزن خاص خفيف ومحتوية دائمًا على مركبات روديانية
* نبيهة * هذا اللفظ آت من لفظ رودون وهو معدن يسمى بهذا الاسم لأن

من مكانه المحيطة ذات لون أحمر وردي) وأنه إذا أضيف اليها مقدار عظيم من
 لسكول رطب منها مادة مبيضة ندفية تحيل النساء بسرعة الى مادة سكرية
 وهذه الخاصة لهذا السائل تدل على انه ليس آتيا من المعدة بل من الغدد
 اللعابية وقد ذكرنا فيما سبق ان تهيجات الغدد وامراضها ينتج عنها ازدياد في
 افراز للعاب فن الواضح حينئذ ان اللعاب المتزايد الذي يزدرد تدريجيا في أثناء
 الليل في النزلة المعدية للسكارى هو الذي يستقر في الصباح ويتدرج في
 النزلة المعدية البسيطة اي غير المضاعفة ان تنقذ المواد الغذائية المزدردة
 ثانيا متغيرة تغيرا شخفا قوة وضعف فان حصل ذلك كانت في الغالب محتالطة
 بكمية عظيمة من مواد مخاطية وكانت ذات رائحة كريهة وطعم حريف
 بسبب اختلاطها بجموض السميك ومحتوية تارة على تكونات مخموصة
 مبكرة وسكرية تسمى بالمرسينا المعدية (وهو اسم مواد نباتية طقيلية) وهذه
 المواد تكون ذات كمية عظيمة متى وجدت في المعدة وليست الانواع
 النباتات الالجية اى النباتات المائية او القطار المائي وهي مكونة من خليات
 فطرها واحد من اربعمائة او بالاكثر واحد من مائتين من الخط وذات اسطح
 منقسمة الى مسافات دقيقة مربعة وكثيرا ما تكون منضمة الى بعضهم ودعوى
 ان هذا النبات الطفيلي هو السبب في فساد ما احتوت عليه المعدة وتحلله
 بخلاصه طبيعى كما هو شأن المواد النباتية الفطرية الضعيفة غير صائبة
 لوجودها احيانا في المعدة السليمة غير مصهوبة بطواهر التحللات غير طبيعية
 والاحساس بالجوع يكاد لا يوجد دائما عند المصاب بالنزلة المعدية المزمنة وان
 كان ذا مخافة عظيمة وجسمه محتاجا لتعويض ما نقص منه احتياجا عظيما
 فالمرضى يكاد لا يتعاطى اغذية مطاها الا بالالحاح عليه وتارة تنفخ شهيته
 لاكل الا انه يحس بالشبع سريعا ولو بعد تعاطى يسير من الاغذية وتارة
 يحصل في بعض الاحوال خصوصا المحسوبة بتكونات حمضية كثيرة
 احساس مؤلم في قسم المعدة وانغماء لا يتحسنان الا بعد تعاطى قليل من
 الطعومات ولذا يسمى هذا الاحساس في العادة بالجوع الكلي او المحرق
 والعطش في هذا المرض لم يكن معمولا بمعنى لا يكون متزايدا بل متناقضا
 مثل الاحساس بالجوع غالبا

وان امتدت النزلة المعديّة الى تجويف الفم غالباً شوهد معها اعراض النزلة
القميّة المزمّنة فيكون اللسان معطى بطبقة سميكّة ذات اتبعاجات سنية جانبية
وطعم الفم فيها عجيباً ورائحته منتنة تتماخض لكثرة وقلة وكل من نظافة
اللسان وفقه يباقي علامات النزلة القميّة المزمّنة لا يدل على سلامة المعدة

وقد تمتد النزلة المعديّة في كثير من الاحوال الى المي وحينئذ يطرأ على الظواهر
السابقة اعراض النزلة المعويّة المزمّنة وليعلم انه لا ينتج عن كل نزلة معويّة
اسهال فان جميعها لا يظهر بازدياد الافراز المائي والمخاطي المعوي بل
العكس ان يوجب داءاً مستعصاً اما بقوة او بضعف فان حر كات المي
تكون متناقضة جداً في النزلة المعويّة كما تتناقض أيضاً حركات المعدة في النزلة
المعديّة وفساد الجواهر الغذائية التي تمكث حينئذ زمنطاً ويلاقي المي يستقر
فينشأ عنه اتفاح طبعي وقرقر وتوتر في البطن ويخرج من المريض زمن
فزمن غازات تحدث عنده راحة وقية ولذا كثيراً ما تنسب المرضى مرضهم
لحالة التجمع الغازي في البطن

وتارة وهو كثير جداً التهاب النزلي الحاصل في الاثني عشرى الى الفتحة
الصفراوية فتحتبس الصفراء حينئذ وتعتصم وسند كرفها بعد أن اليرقات
الناتجة عن النزلة المعديّة الاثني عشرية أكثر اشكال اليرقان حصولاً

واما ما يخص الحالة العامة للمريض في هذا المرض فهي ان لا يوجد عادة ألم
شديد في الرأس ولا تكسر مؤلم في الاطراف ولا بقية الظواهر العامة
المصاحبة للنزلة المعديّة الحادة بل تصطب النزلة المعديّة المعويّة المزمّنة
بتغيران نفسية مع حالة كآبة لا مانع من تسميتها بالايوسفندارية لتعلق
النتية الدماغية غير الطبيعي بأحوال غير طبيعية في الاحشاء البطنية اذ لا فرق
بين التغيران المذكورة التي تصحب النزلة المعديّة المعويّة وبين غيرهما من
بقية أشكال الايوسفندارية فان الجسم يكون موضوعاً لافكار محزنة
في كلتا الحالتين وقد شاهدت كثيراً في النزلات المعديّة المعويّة عن بعض
اشخاص يأساً عموماً وقلة اعتبار الشخص لمعارفه العقلية وبأسا من
المظاهر الدنيوية بجميع هذه التغيرات زالت بزوال النزلة المذكورة وقد
عالجت من هندسين رجلاً غلبت عليه نزلة معديّة معويّة مزمنة كان يظن

في أثناء مرضه انه كاذب قاس ولا يكمل بناءيت شرع في بنائه اتوهجه انه
لاقدرة له على ذلك ثم بهدمه كنه في حمام (كاراسباد) مدة شهر عاد الى
الاحساس بقوام الاصابية وغذاء فكمّل بناءيته مع غاية الزخرفة ولم يزل في
صحته زمانا طويلا

ثم ان التغير الذي يعتري التكميس وعوقف الامتصاص بسبب الطبقة المخاطية
اللزجة المغطية لسطح المعدة والمعى يفتح عنه اضطرابا عظيما في التغذية
فيمتص الشحم وتسترخى العضلات ويصير الجلد قاعا ولا يندران تظهر تغيرات
اسكوربوتية كارتخاظم الاسنان وانزفقه منها بل قد نشاهد ارتشاحات
وبقع نزيفية تحت جلد الاطراف لكن يخفى من ارتقاء النفاثة الى درجة
عظيمة جدا فان تقدم النفاثة ربما يظن منه ان النزلة المعدية المزمنة تكون
عرضية تابعة لمرض آخر كالسرطان الذي يكون محدثا وحافظا لها ومن
المستغرب العسر الايضاح ما يعتري البول في هذا المرض من التغير الكثير
الحصول فان اضطراب التمثيل وان نتج عنه تغير في صفات منحللات الجسم
كما هو معلوم لا يعلم مطلقا على احتمال البول على كمية عظيمة من المواد الملونة
السوداء وسوبات من املاح بولية رطبه وكمية عظيمة جدا من فوسفات
الكلس في بول الاشخاص المصابين بنزلات معدية فمنه راجع ذلك في مجت
سوء الهضم

واما سير الزلة المعدية المزمنة وانتهى اؤها في نال فيهما ان الاعراض السابق
ذكرها كثيرا ما تستمر جلة اسابيع بل أشهر بل سنين مع تفاوت في شدتها
وتعاقبها والاحوال التي يمكن فيها ازالة سبب هذا المرض تنتهي غالباً مع
المعالجة اللائقة بالشفا وقد يؤدي هذا المرض لتغيرات عضوية عظيمة في
المعدة سيما الحصول القرحة المزمنة لهذا العضو والحصول الزيف المعدى
اذا كان ناتجا عن احتقان احتبامى ويندر بقطع النظر عن الامراض
التابعة أن يؤدي هذا المرض للموت وقد وجد أحوال فيها تم لك المرضي
عقب النوبة والاستسقاء والغالب أن يكون هــ لال المريض عقب
الامراض التي تصاعف النزلة المعدية المزمنة او بعض الامراض التي تنجب
هي عنها وضخامة اغشية المعدة لا يمكن معرفتها مدة الحياة مادام قطار الموان

لم يحصل فيه ضيق بسببها ومثل ذلك يقال في الضخامة الخلية للغشاء المخاطي
المعدى التي سبق شرحها

واما تضيق البواب الثاني عن ضخامة اغشية المعدة فينتج عنه عسر عظيم
في مرور الاغذية من المعدة الى المي بحيث ان هذه المضاعفة تزيد في قوة
اسباب فساد ما احتوت عليه المعدة المصابة بالنزلة المعديّة من المواد
المخاللة لانه لا لا غير طبيعي وبهذه الكيفية يعمل ارتفاع الاغراض المنسوبة
الى فساد محتول المعدة في النزلة المعديّة كحبش وغازات ومواد سائلة ذات
طعم كريه وما يسمى بالحديد المحمى ونحو ذلك ارتفاع شديد جدا بحيث يصير أشد
ابلا مال المر بضع مما يحصل في النزلة المعديّة المزمنة البسيطة وينضم لذلك ان
لبي الذي يفقد في كثير من أحوال النزلة المعديّة بل في معظمها والذي لا
يحصل الا في الزمن ما يصير من العلامات الملازمة لتضيق البواب او يحصل
غالبا بانتظام عظيم اى عقب الاكل بساعتين او ثلاث وهذه الظاهرة قد تتغير
في بعض الاحيان متى اعتري المعدة زرع عظيم جدا بحيث تتحمل تراكم كمية
عظيمة من الاغذية وحينئذ لا يندران يرتفع التي عمدة يومين او ثلاثة لكنه بعد
هذه الفترة تندفع منه كمية عظيمة جدا دفعة واحدة وعلى هذه الحالة
قد انتظم أوقات التي نوع انتظام ثم ان مواد التي في أحوال تضيق البواب
تستعمل غالبا على مواد غذائية متفاوتة الانضمام ملتزمة بمواد مخاطية ذات
رائحة حضية او رائحة زخخة كريهة جدا وتكون محتوية غالباً على كمية
عظيمة من حمض اللبنيك وحمض السمنك ويكاد يوجد فيها دائماً ايضا اجزاء
باتية طفيلية وهي الماروفة بالسرسينا خفيفة ومتى وجد عند المريض تكونات
حضية عظيمة غير ممكن ان التما وفي متكرر وجب ان يغلب على الظن وجود
تضيق في البواب ويبدأ كذا التشخيص متى امكن اثبات وجود تمدد تابعي في
المعدة بما يصير عظاما جدا بحيث ان هذا العضو يلا معظم تجويف البطن
ويعرف هذا التمدد العظيم الحاصل في المعدة احيانا بواسطة البحث بالنظر
على قسم هذا العضو فانه حينئذ يتضح على هيئة بروز وساقط الى السرة او الى
اسفل منها واذى تحسب الى اسفل وقد ذكرنا الشهر (عبرغر) ان المعدة
اذا كانت ساقطة بالكيفية الى اسفل قد لا يشاهد قوسها العظيم وحده بل

يشاهد معه جزء متفاوت الامتداد من قوسه الصغير يكون مكتونا اسفل
 مقعر المعدة الذي يكون اكثر انخسافا وسقوطا بر وزا متفاوت الوضوح
 تمتد من غضاريف الاضلاع الكاذبة من احدى الجهتين الى لآخرى
 ومقعر اقله من الاعلى وقد تشاهد احيا نا حركات المعدة التوجية غير
 المنتظمة من خلال الجدر البطينية وعند البحث باللمس يرى الجزء البارز
 ذامقارمة قليلة شبه بعضهم بمقاومة الوسادة المحشوة هواء وانتفاخ القسم
 الشراسبي يزول او يتناقص متى تقاها المريض كمية عظيمة واذا كانت المعدة
 ممتلئة بكمية عظيمة من المواد الغذائية يكون صوت القرع في امتداد عظيم
 فارغا واذا كانت محتوية على كثير من الغازات كما هي العادة كل صوت
 القرع في الحمل البارز ممتلئا امتلاء عظيما بل طبليا ناعما واذا غلب المر بوض
 وضعه تغير الحد الفاصل بين صوتي القرع المتلئ والفارغ وذلك لان المواد
 الغذائية تنحدر الى الاصغار الغائرة ثم ان الاعراض المذكورة وان كانت
 تدل على تضايق في البواب لا يسوغ لنا الحكم بان هذا التضايق ناتج عن
 مجرد ضخامة في الجدر المعدنية الابعدا كدان المريض ليس مصابا بغير
 هذا الشكل من التضايقات البوابية التي هي اكثر حصولا منه
 كالتضايق السرطاني والنسبي لهذا الجزء اى الناتج عقب شفاء قروح
 مزمنة فيه

وانذار النزلة المعدية ينضج مما ذكرناه في سير هذا المرض ومن الامراض
 الناجمة له التي تؤدي الى الموت كثير تضايق البواب فان المرضى كثيرا
 ماتوا لهذا المرض ولو بعد زمن طويل عقب ظهور التهابه والاستسقاء

* (المعالجة) *

المعالجة العقلية في التهاب المعدة المزمن اعظم نجاحا منها في غيره من
 الامراض المزمنة

وحث ذكرنا ان المؤثرات المرضية التي تنبع عنها النزلة المعدية المزمنة عين
 المؤثرات التي تنبع عنها النزلة المعدية الحادة على اختلاف مدة التأثير ليق
 علينا الامر اجمعه ماد ذكرناه في البحث السابق من المعالجة السببية ولا تزيد
 عليه الاشياء يسيرا فنقول

اما المعالجة السببية لهذا المرض فيندران تستدعي استعمال مقبي اذ لا
 تكاد توجد في المعدة اهل جواهر مضره تعتبر سببا لهذا المرض مستقر التأثير
 والغالب ان يجسد الطبيب من هذه الخبيثة مخالفه عظيمه من المريض فانه
 يعسر على الطبيب جدا ان يفهمه ان الضغط الذي يحس به في المعدة غير ناتج
 عن جواهر ضاغطة على هذا العضو وان يفهمه ان اعطاء المقي لا راحة له
 فيه بل يزيد في مرضه وأقوى ما تستدعيه المعالجة السببية لهذا المرض منع
 استعمال المشروبات الروحية اذا كان ادمان الافراط منها محددنا لهذا
 المرض او حافظه ومن النادر نجاح أمر الطبيب بالكف عن استعمال هذه
 الجواهر لكنه مع ذلك ينبغي له ان لا يترأخى في النهي عنها والمعرضون على
 القناعة في المطعومات والمشروبات الروحية والواصفون للنتائج المضرة
 الناشئة عن الافراط من ذلك وصفام فزعاج حيث يظهر على رؤس الاشهاد
 ما يحصل من التغيرات في معد السكارى وان كان لا تمر في تصرفهم ومن
 قبيل الاحياء ان تنادى قد يتحصلون على بعض نتائج التذكر من تكرار
 انصائحهم فانهم قد تمر عنه بعض الافراد فلذا واجب على الطبيب كما ذكرنا
 عدم التراخي في النهي عن ذلك ومما تستدعيه المعالجة السببية في النزلة
 المعدية الناتجة عن تأثير البرد المتكرر وتأثير الاقاييم الباردة الرطبة بيقاظ
 فعل الجلب بالتدثر باللباس الدافئة واستعمال الحمامات الفاترة ونحوها مما
 ماثل هذه الوسايط والنزلة المعدية المزمنة ناتجة عن احتقانات احتباسية
 لا يمكن غالباً اتمام ما تستدعيه دلالتها العلاجية السببية

واما معالجة المرض نفسه فن أهم الادور فيها التمسك بالتدبير الغذائي ومن
 حيث انه لا يصح ترك المريض بلا غذاء حتى يهلكوا من الجوع مدد سبب
 المرض المستطيل يجب انتخاب المطعومات التي ينبغي للمريض تناولها مع
 غاية الاحتراز والمدامومة على استعمالها مع غاية الانضباط وكلما كانت
 الاوامر الطيبة أكثرنا كيد اسهل اتباعها بالضبط خصوصاً اذا كان الامر
 بالتدبير الغذائي على صورة المعالجة فان المريض تتبعه مع غاية الاحتراس
 بحيث ان تعاطى اللحوم وغيرها من الجواهر الحيوانية يحتاج لقوة فعل
 المعدة وباطن انه لا يسمح للمرضى المصابين بنزلات معدية مزمنة الذين فقدت

عصارته المديدة قوتها الهاضمة الا بالتغذى من الجواهر النباتية لكن قد دلت التجربة على عكس ذلك فان استحالة الجواهر الاولية بالعصير المعدى الى بيتون كما قاله (لبن) اولى زلاين كما قاله (مبال) وان كانت تتناقص في النزلة المعدية المزمنة لا تنطفئ بالكلية فحينئذ اذا اعطيت الجواهر المذكورة وحصل الانتخاب اللائق فيها واعطيت على شكل جيد تحسنت حالة المرضى دون ما اذا امر لهم بتعاطي النشويات بكمية عظيمة ونحوها مما يتولد عنه في المعدة كمية عظيمة من حمض اللبنيك او حمض الشحميك ومن الواضح كما يعلم مما تقدم انه يجب منع استعمال اللحوم المسمة والامراق كذلك وانه يجب مضغ الاغذية مضغاً جيداً ولا يؤخذ منها الا بجزء صغير كل مرة ومن المرضى من يحصل له راحة عظيمة من استعمال الامراق المركزة المكمورة ومنهم من حسنت حالته من استعمال اللحوم الشواء باردة مع قليل من الخبز وهذا التدبير الغذائى الاخير ينبغي الا يصاحبه خصوصاً للمرضى الذين يوجد عندهم تكوّنات حمضية بكثرة بل يمكن ان يوصى في مثل هذه الحالة المستعصية باستعمال اللحوم المملحة او المجففة بديل للحوم الشواء الباردة ومن استغرب من الاطباء كون بعض المرضى يسهل عليهم هضم اللحوم على هذه الحالة العسيرة الهضم دون ما اذا كانت على شكل آخر نسي ان اللحوم المملحة والمجففة وان كانت أكثر عسراً في الهضم من غيرها فهي مقبولة على اللحوم الحديثة الطرية لسهولة هضمها وفساد هذه دون تلك

واما التغذية بالالبان الصرفة اى المعالجة باللبن فمن المرضى من يحصل له منها راحة عظيمة ومنهم من لا يتحملها وليس يمكن على الدوام ان يعرف الطبيب ذلك ويحكم به قبل التجربة ومن المرضى وهم كثير من يتحمل اللبن المنعقد ويحصل له منه منفعة عظيمة دون اللبن الحليب فيشاهد باستعمالهم اياه تحسّن بين عظيم جداً والظاهر ان عدم تحمل اللبن الحليب ناتج من كونه منعقد في المعدة على هيئة تعقّدات عظيمة جامدة واما اللبن المنعقد اى الذى انعقدت المادة الجينية فيه وتجزأ الى جزئيات صغيرة فيسهل تحمله من هذه الحمية

ثم ان وسائل التدبير الغذائى لا تكفى في معالجة النزلة المعدية المزمنة وان

كانت تكفي غالباً في النزلة المعديّة الحادة وللصناعة وسائط علاجية لمعالجة
المرض الذي نحن بصدده فتم اوهامها القلوب الكبرونية
وقد اوصينا فيما مضى باستعمال مقدار صغير من ثاني كربونات الصودا مع صبغة
الراوند في النزلات المعديّة الحادة المستعصية طيلة المدة ونوصي ايضاً باستعمالها
في أحوال النزلة المعديّة المزمنة المستعصية واهمها في التعاطي ماء الصودا
او المياة الصودية الخصية الطبيعية كماء مس وسلترس وبلين وكذا المياة
الطبيعية التي تحتوى زيادة عن كربونات الصودا على كثير من القلوبات
الكبريتية واجود من جميع ذلك نجحاً في معالجة المياة الطبيعية في حمامات
كرلوس باد او ماريه باد وامس ولذا مدحها مشاهير اطباء وينا وبراج
كثيراً في معالجة النزلات المعديّة المزمنة بل والقروح المزمنة للمعدة ولا يخفى
ان هذا المدح صادر عن اطباء لا يبالغون في قوة الوسائط العلاجية على العموم
وزيادة على ذلك ان الاحوال العديدة التي شفي فيها اليرقان المستعصية
بالمعالجة بمياه تلك الينابيع كانت تكون عموماً أحوالاً فيها اليرقان ناشئ عن
نزلات معدية اثني عشرية ولا ينبغي التواني في استعمال هذه المعالجة حتى
ينتج عن النزلة المعديّة الاثني عشرية يرقان واضح كما لا ينبغي اعتقاد ان
المعالجة تقل غرورها اذ لم توجد المضاعفة المذكورة في سمحت حالة المريض
ان يتوجه الى حمام من الحمامات المذكورة وجب اجراء المعالجة فيه فان
المرضى في هاتيك الاماكن يضطرون الى الغسل بالتيدير الغدائي الصحي مع
الدقة لشهرة ان التباع عن التدبير الصحي في مثل هذه الحمامات ذو نتائج
خطرة جداً بل المرضى بعد رجوعهم الى بلادهم يخافون من عدم اتباع وصايا
التدبير الغدائي اتباعاً كاملاً فانهم يعتقدون ان التباع عن التدبير الصحي
يعقبه ضرر عظيم واما اذا اقتضى الحال استعمال هذه المياة المعدنية في محل
المريض فانه يجب على الطبيب ان يأمر له بما يدون أن يهين الينابيع الذي
تأتي منه فان ينابيع حمام كرلوس باد المختلفة لاقاوت بينها الابدوجة
حاررتها ومن المعتبر تسخينهم الى الدرجة اللازمة والمياة المستعملة بكثرة
في الحمام المذكور لمعالجة النزلات المعديّة المزمنة بمياه الينابيع القليلة
الحرارة وأحوال النزلات المعديّة التي ليست فيها تلك النزلة معصوبة بامساك

مستعصم بكفي فيها استعمال ماء الصودا بشرط أن يكون استعماله على طريقة علاجية منتظمة بمعنى أن المريض يلزم التدبير الغذائي الذي يلزمه في حمام كارلوس باد وأن يكون استعماله صباحا على الريق وأن يكون المريض قلل الكافيه في المساء المتقدم على صبيحة يوم استعماله وأن لا يطهى الاكل بعد استعماله الا بعد شرب الكوب الأخير من هذا الماء بقدر ساعة لاجل عدم اختلاطه بالأغذية وتأثيره حال كونه غير مخفف على الغشاء المخاطي المعدى والمواد المخاطية المغطيه له وهذه الطريقة من اعظم الطرق التي تحصلت عليها صناعة الطب نجحا

ومن الممدوح في معالجة النزلة المعدية المزمنة تحت تترات البرموت وقترات الفضة فان كلامنا من هذين الملمين المعديين خصوصا الأخير منه ما ذو تأثير جيد جدا في سير هذا المرض وذلك لانهم ما يوقفان حركة الانحلال والفساد الحاصل في المعدة ويحدثان انقباضا قويا في الغشاء المخاطي المعدى المحتقن المسترخى وكثيرا ما استعملت ما بقدر عظيم في الاكلينك فيعطى من تحت تترات البرموت عشر قححات كل مرة ومن تترات الفضة كل مرة من قححة الى ثنتين واعطاؤهما ما يكون بكيفية مشابهة لكيفية اعطاء القلويات الكربونية اعنى انهما يعطيان في الصباح على الريق قبل الفطور واغلب المرضى يحصل اعطاء هذا المقدار تحت لاجل عدم حصول عوارضهم ألم شديد ولا تموج ولا قيح ويندر ان يحصل من تعاطيها احيا نا اسهال الا ان نجحها ليس دائما فانه حصل منها في احوال نجح عظيم بسرعة وفي اخرى لم يحصل وان لم يعلم لذلك سبب ولاعله تتميز هذه الاحوال عن بعضها

وقد يحصل في مدة سير النزلة المعدية المزمنة ضعفه لا يمكن الاستمرار على تعاطي الاغذية غير المنبهة بل من المرضى من يحصل الاغذية المتبيلة تقبيل خفيفا بالافلوية والملمهة اكثر من غيرها وهذه الحالة الضعيفة للغشاء المخاطي المعدى متى طرأت وجب على الطبيب ان يعطى للمريض الاستحضارات الحديدية والوسائط المنبهة الخفيفة والمياه المعدنية الحديدية كما فرانس برون وبيرمون ودريبرغ وكذا فابجة الاستعمال واسهل تحملا من المياه القلوية كحمام كارلوس باد ومارية باد والواسطة المنبهة للغشاء المخاطي

المعدى الجيدة الاستعمال في مثل هذه الحالة هي عرق الذهب الذي اوصى
 باستعماله (بود) على شكل حبوب مأخوذة من مسحوق عرق الذهب من نصف
 قنعة الى قنعة ومن ثلاث قنعات الى اربع من الراوند فيعطى من هذه الحبوب
 المقدار اللازم قبل الاكل ومن المستعمل بنجاح في مثل هذه الحالة ايضا
 صبغة الراوند القندية والا كسير المعدى للشهير (هوفن) والزنجبيل وقصب
 الذريرة لكن ينبغي تجنب الافراط من استعمال هذه الجواهر واستعمالها في
 أحوال غير لا تقه بها او بمقدار عظيم

واما المعالجة العرضية لهذا المرض فيندرج فيها الالتجاء الى استعمال ارسال
 العلق والهاجم التشريطية على قسم المعدة ولا تستعمل الا اذا كان القسم
 الشراسيفي ذاتا عظيمة وهونادر فان الا لام تتناقص عقب الاستقرانات
 الدموية تناقصا عظيما وان كان توجيه تأثيرها عسرا والحالة التي تكون فيها
 النزلة المعدية المعوية ظاهرة من ظواهر الامتلاء الدموي البطني العظيم
 الناتج عن ضغط على الوريد الباب او عن عوق اسنة فراغ دم الكبد يحصل
 للمريض فيها راحة واضحة جدا من اسنة فراغ الدم من التقيمات الوعائية
 البوابة بواسطة ارسال العلق على دائرة الشرج وأما استعمال المسكنات
 الذي هو ضروري جدا في معالجة القروح المعدية في النادر الالتجاء اليه
 في معالجة النزلة المعدية المزمنة البسيطة والحالة التي فيها تستدعي المعالجة
 العرضية استعمال المقيئات في النزلة المعدية المزمنة هي بعينها حالة النزلة
 المعدية الحادة التي تستدعي فيها معالجتها العرضية استعمال تلك المقيئات
 الا انه ينبغي هنا زيادة الاحتراص حيث لا يتيسر تحقيق كون الغشاء المخاطي
 حصل فيه تقرح ولولا الامسال الذي يكاد لا يفقد يستدعي استعمال الحقن
 المليئة والمسيلات الحقيقية واكثر الوسائط استعمالا في مقاومة الامسال
 المصاحب للنزلة المعدية المزمنة الراوند والصبر وخاصة الخلاصة المختل فيهما اذا كان
 الامسال مستعصيا جدا والاحسن ان تخلط هذه الجواهر ببعضها فان
 خلاصة الراوند المركبة المستعملة بكثرة في مثل هذه الحالة من كبة من الصبر
 والراوند وصابون الجلبة واختار الملم (بود) استعمال الصبر والمختل فانهما
 يؤثران في المعى الغليظ ولا يهيجان المعدة الا قليلا فهما اجدود المسهلات في

الغزلة المعدية المزمنة واما السنغالسكى وزيت الخروع فيصن من استعمالهما في هذا المرض

ثم ان معالجة التمدد المعدى تقدمت في هذا العصر تقدم اعظيما جدا فانه قد استحصل في بعض الاحوال على نجاح عظيم بواسطة تنويع معالجة الطبيب شروت وهي عبارة عن تقليل تعاطى كل من المياة والاغذية السائلة بقدر تحمل المرضى كما انه استحصل في كثير من الاحوال على تحسين عظيم بل وشفاء تام بواسطة استعمال قراغ المعدة بالطلومبة المعدية للمعلم (ويمان) ثم غسل تلك المعدة بعد استعمالها بماء الصودا ومحلولات قلوبه او قلوبه كاورورية حمضية وباتتشار هذه الطريقة العلاجية في الطب العلمى قد استحق المعلم (قوسمول) المدح الزائد والعادة ان يحصل للمرضى من أول مرة استعملت فيها الطلومبة المعدية راحة عظيمة جدا بحيث لا تأتى تكرار هذه العملية التى هي غير مؤلفة في حد ذاتها بل يرغبون فيها رغبة عظيمة ومتى زال الفزع الابتداءى صار ادخال الجنس المروى الذى يكاد يفزع منه كل مريض فى أول مرة قليل الالم سهل الاجراء بل قد يتعلمون ادخال هذا الجنس فى المعدة بانفسهم وقد شاهدت جملة احوال فيما تنتظر المرضى حضورنا فى الاكلينك بل كانوا يمدون المساعدين مع ترجمهم لهم فى استعمال قراغ المعدة بواسطة الطلومبة وغسلها كما تقدم ومن جملة الاحوال التى شاهدتها حالة فيها لم تثمر جميع الوسائط العلاجية بحيث ان المريض قد وصل فيها الى أشد درجة فى الخفاقة وتعدرت عليه اشغاله مطلقا فبعد معالجته بواسطة الطلومبة المعدية زاد وزن جسمه ثلاثين رطلا وحصل له شفاء تام وعاد لاشغاله وزالت بالكلية من هذا المريض الدمرسينا (اى التولدات النباتية الطفيلية) التى كانت موجودة فى مواد قشره بكمية عظيمة ومن المستغرب ان المعدة صارت تدفع معظم محتصلها فى الاثنى عشرى بعد دفعات قليلة من استعمال هذه الطلومبة وهذا الامر سهل الاثبت بزوال الامساك المستعصى الذى يكاد يوجب دمارا عند المريض وحصول نهر زاعتيا دى عندهم وازدياد الافراز البولى الذى كان متناقضا تناقضا عظيما وهذه المشاهدة الاخيرة يستدل منها بدون شك على ان السائل المحتوية عليه المعدة المتعددة تقدم اعظيما لا يتحص منه الا قليل جدا

ثم ان الشفاء التام للتعددات المعديّة التي كان يظهر اليأس من شفائها يمكن
ان يقعنا في القول بان هذا المرض كثير اما يكون قائما بنفسه مكتوفا بالمرض
على حدته اكثر مما يقال عادة ومع ذلك فكان موجودا في كل من الاحوال
التي شاهدتها والتي شاهدتها المعلم (قومبول) علامات واضحة جدا تدل على
حصول قروح معدية سابقة بحيث لا يشك في ان تعدد المعدة يكون متعلقا
بتضيق نبضي في البواب وكذلك شاهد المعلم المذكور احوال امن تضايق
البواب تضايقا سرطانيا حصل فيها تحسب من زائد وان لم يحصل فيها شفاء تام
ولا يشاهد انسداد البواب انسدادا تاما فانه في الاحوال التي فيها يكاد ينتهى
الحال بعدم وصول شيء مما احتوت عليه المعدة الى الاثنى عشرى وفيها اعتري
المرضى امساك مستعصم مقرب لجملة اسابيع واستفرغت كمية عظيمة من
سائل حمضي مختلط احبانا بالدم كل يومين او ثلاثة يوما جدا قطر البواب متسعا
اتساعا كافيا بحيث يستغرب عدم وصول شيء مما احتوت عليه المعدة ولو
السوائل الى الاثنى عشرى مدة الحياة ويستنتج من مثل هذه الصفات
التشريحية ان ضعف انقباض الطبقة العضلية للمعدة له دخل عظيم في
احتباس مضمحلها عند تعددها والضغط الواقع على السطح الباطن من
المعدة المتعددة والامثلة يكون عظيم جدا بحيث ان فعل الطبقة العضلية
يكون متزايدا تزايد اعظميا فضلا عن كون التعدد المسبب للطبقة المذكورة
يحدث شللا مستمرا عضليا فيها كما يحدثه في باقي العضلات ايضا وان النزلة
المعدية المزمنة التي تسكد تعتري جميع المرضى ينتج عنها ايضا في كثير من
الاحوال تغير مرضي في الطبقة العضلية من المعدة وسواء كان زوال الضغط
الواقع على جدران المعدة وتحسين حالتها النزلية وتقوية الطبقة العضلية
المتربة على ذلك والذي ينسب اليه حسن نتيجة المعالجة بالطبوبة المعدية في
الثابت المعلوم ان استعمال استقراغ المعدة بالطبوبة عمما قليل من الايام
او الاسابيع لا يحتاج له بكثرة والعارض الوحيد المنفرع الذي شاهدته يندرج
عند استعمال الطبوبة المذكورة هو خروج قطعة من جدران المعدة في فوهة
الجمس عند المص ولاجل صون المريض عن هذا العارض ينبغي عند عشر
حركة مكبس الطبوبة تركه قليلا ودفع كمية من الماء والهواء في المعدة قبل

استقراغ المعدي بالكلمة

(المبحث الثالث)

(في التهاب المعدي ذي الغشاء الكاذب والدفتيري)

يندر مشاهدة هذا الالتهاب في الغشاء المخاطي المعدي ان لم تؤثر فيه جواهر
سمية كما سبأ في المبحث الخامس وقد يرتقي الالتهاب المعدي الغزلي عند
الرضع الى الالتهاب ذي الغشاء الكاذب وقد يكون الغشاء الكاذب
أو الدفتيري الحاصل في المعدة من بيلة التهابات التابعة التي تشاهد في بعض
الامراض التسممية الحادة سيما التيفوس والتسمم العفن للدم والجلدي
ويندر أن تشغل الأغشية الكاذبة امتدادا عظيما من الغشاء المخاطي
المعدي والغالب وجودها في اصفار صغيرة محدودة كما ان الخشكر يشات
الدفتيري لا تشغل في الغالب الا اصفار محدودة ويختلف سقوطها فقد جوه
ذي قاعدة مغلقة متغيرة اللون

وهذا المرض لا يمكن معرفته مدة الحياة الا اذا خرجت اغشية كاذبة بالقيء
فان الاعراض التي تحصل عنه لا تيسر بيان علمها مدة الحياة بالدقة كما ان
الصورة المرضية الثقيلة للتيفوس والتسمم العفن للدم ونحو ذلك لا تنمو ع
الاقلية لاجل هذا المرض عند طروقه بحيث يندر تشخيصه

(المبحث الرابع)

(في التهاب المنسوج الخلوي تحت الغشاء المخاطي)

المعدي المعروف بالالتهاب المعدي الفلغموني

الالتهاب المعدي الفلغموني الذي شبهه الشهير روسكيما نسكي بالحرة
الفلغمية ونية ظاهرة نادرة وتارة يحصل ذاتيا يعني بدون اسباب مدركة عند
اشخاص سليمين من قبل وتارة يحصل تابعا او اتقاليا عند المصابين بالتيفوس
او بالتسمم العفن للدم او مائلاهما من التغيرات المرضية

ويوجد المنسوج الخلوي تحت الغشاء المخاطي المعدي مر تشبا بالقيح
المتجمع في هالاته المتعددة ويندر مشاهدة خراجات محدودة في المنسوج
الخلوي تحت الغشاء المذكور والغشاء المخاطي المتعري يوجد مستترقا
او ذاتقوب عديدة يخرج منها القيح كخروجه من المصفاة ويمتد الالتهاب

هنا بسرعة الى الطبقة العضلية والبريتون وعند حصول الشفاء من هذا المرض قد تتسكون في حالات المنسوج الخلاوي ندب التهامية فيكون سببا احياانا لحصول تضايقات كما يثبت ذلك الاسمحة ضارات التدمير بحجة المرضية المحفوظة في قاعات الجسم وموعات التدمير بحجة بمدينة ارنجن والاعراض الرئيسة لهذا المرض هي الالم الشديد الحاصل في القسم الشراسيفي والتي والضجر العظيم والحجى الشديدة وينضم لهذه الاعراض فيما بعد مظهر الالتهاب البريتوني فتخط قوى المريض ويملك في يسير من الايام ومن مجموع هذه الاعراض وجود الصديد في واد التي يتيسر الوقوف على تشخيص هذا المرض في أحوال نادرة فيها يتيسر للطبيب ان يتأكد من عدم وجود غير هذا النسل من أشكال الالتهاب المعدى خصوصا شكل الالتهاب النامش عن القسم والمهالبة هنا لتكون الاعرضية

(المبحث الخامس)

(في الالتهاب الذي يعتري الغشاء المخاطي المعدى عتب تأثير الجواهر الكاوية والسامة وفي التغيرات الالتهابية له)

(كيفية الظهور والاسباب)

التغيرات التي تعتري المعدة من تأثير الحوامض المركزة والقويات الكاوية او بعض الاملاح المعدنية تنشأ عن كون هذه الجواهر اتحادت بجزيئات جدر المعدة فتتأثر كيميائية وتعقبها فساد عضوي في جدر المعدة وأما التغيرات التي تنشأ عن تأثير السموم النباتية والحيوانية في الغشاء المخاطي المعدى فلا تنسب لاتحادات كيميائية والغالب ان يكون دخول الاملاح السامة او حمض الكبريتيك او السموم النباتية في المعدة لاعز قصد واما الزرنج وميانوزا لبوناسيوم فالعادة أن يكون دخولها فميا عن قصد القسم

(الصفات التشريحية)

ذا أثرت الحوامض المعدنية في الغشاء المخاطي وكانت قليلة التركز وجدت الطبقة البشيرية والطبقات السطحية في الغشاء المخاطي مستحيلة الى خشك ريشة رخوة سمراء او ودا واذ وصل الى المعدة فقد أعظم من هذا

الحوامض وهي كثيرة التركز استحال طبقات الغشاء المخاطي جميعها الى
 مادة رخوة مسودة يبلغ سمكها بجملة خطوط بسبب تشرجه السائل مائي مدم
 والطبقة العضلية توجد رخوة او هلامية سهلة التمزق ويندر أن تتلاشى
 بالكليّة هي والطبقة المداية تمتد بالمعدة والعادة ان تكون التغيرات
 المذكورة قاصرة على ثنيات الغشاء المخاطي الممتدة من الفؤاد الى البواب
 واما الاجزاء المحيطة بهم هذه الثنيات فتكون ذات اجرار بسبب احتقانها
 وانسكاب الدم فيها وانتفاخها بسبب ارتشاحها ارتشاحا اوديمياويا والدم
 المحتوية عليه اوعية جدران المعدة ودم الاوعية الغليظة المجاورة لها يوجد
 مستحبالا الى مادة مودة شبيهة بالقطران والشفاء لا يحصل الا في الاحوال
 الخفيفة عقب انفصال الاجزاء الفاسدة وتعويضها بالجواهر بنسج
 ندى متيسر

واما الجواهر القلوية الكاوية فتحيل الطبقة البشرية والطبقات السطحية
 من الغشاء المخاطي بل والطبقات الغائرة الى مادة عجينية وسخة اللون
 والفساد هنا يمتد الى الطبقة العضلية والمصلية أكثر من امتدادها اليها عقب
 تأثير الحوامض فيكثر حصول التثقب ولا يحصل الشفاء في مثل هذه الحالة
 الا اذا كان الفساد سطحيا عقب انفصال المواد الخشكرية

واما السليمانى الاكل واملاح النحاس والاملاح المعدنية فتكون
 عقب تأثيرها خشك ~~شكر~~ يشات مسمرة او مسودة مخاطية باحثة قان شديدا
 وانتفاخا واذ يماوى في الغشاء المخاطي والفوصور يحدث ايضا ثغرات
 شبيهة بذلك

واذا حصل الالتهاب المعدى عقب التسمم بالزرنيج وادأ حد اضرار الغشاء
 المخاطي المعدى او جعله منها منتفخة مجرة رخوة عجينية ومستحيلة الى
 خشك يشة مصقرة وخضرة مائلة للسمره وعلم اعادة دقيمية ايضا ويمتد
 في محل الخشكر يشات ثنيات مجرة في الغشاء المخاطي كثيرا ما يكون جدران
 المعدة التي بينها سليمة

واما الزبوت الطيارة او السموم النباتية او الحيوانية الحارقة فيشاهد عقب
 تأثيرها في المعدة آثار الالتهاب المعدى النزلى الشديد او ذى الغشاء الكاذب

(الاعراض والسير)

الالتهاب المعدي التسمي يتصف بكون الاعراض الموضعية فيه ينضم لها بسرعة الخطاط عام خصوصاً في الدورة فيحصل فيها اضطراب وبخود ولولم تكن السجوم التي ادخلت في المعدة ذات تأثير مثل الاواسطى على المجموع العصبي وظواهر الشلل المذكورة تشاهد أيضاً في غير الالتهاب المعدي التسمي من الامراض الثقيلة الحاصلة في المعدة او غيرها من أعضاء البطن لاسيما في احوال ثقب المعدة عقب وجود تترحات

في أصيب شخص سليم من قبل بالاسهال شديدة جداً وانتشر من التسم السراسيني الى البطن وانضم لذلك في مخرجت بواسطته مواد مخاطية فقط او مخاطية مدمية واسهال مسبق بغص وزحير شديد وخرج بواسطته أيضاً مواد مخاطية مدمية شبيهة بمواد القيء ووقع المريض مع ذلك في حالة الخطاط متغير السحنة وكانت اماراته باردة وبضه صغيرا وجماده مغنى بعرق بارد لزج غلب على الظن جداً أن المريض أثر على غشائه الخاطي المعدي جواهر كلوية او غيرها من السجوم ومضى ادخل في المعدة حوامض مركزية او قلوبا كاثوية فوجد على الدوام خشكريشات واصفة حول القم والغشاء الخاطي لهذا التجويف تفسد بعض اصغاره أيضاً ويوجد مع ذلك آلام شديدة في القم والبلعوم والازدراد يكون عسرا جدا او معتذرا ولا يوجد عتب تعاطي الاملاح المعدنية او الزنيخ علامات الاحترق في القم والبلعوم متى كانت الجواهر المذكورة أخسيرا مخففة كما لا توجد علامات الالتهاب المعدي بدون واسطة عقب تعاطيها بل بسبب التعاطي بمن يسيرون لظواهر التي تشاهد في الاعضاء المختلفة خصوصاً بالبحث عن المواد المستقرعة تعرف طبيعة السم المتعاطي والاشكال الثقيلة لهذا المرض تحصل فيها حر كات تقيوتهموعات الا ان المدة المشلولة لا يكون لها قوة على دفع ما احتوت عليه ويتشعر على جميع سطح الجلد برودة جلمدية ثم يصير الشلل عاما وريما هلك المريض بعد سيرة من الساعات وأما الاحوال الخفيفة لهذا المرض فالوت فيها الايفرا الابد من متفاوت بل قد تزول اعراض الشال شيئا فشيئا

إذا انقذت كمية من السم بواسطة التي • فتنظم الدورة ثانية ومع ذلك
تستعمل النقاة عادة بل قد يبق مع المريض طول حياته ثم وكه بسبب بقاء
التضيق في المريء المعدة وبسبب الالف الذي أحدثه تأثير السم في البنية

* (المعالجة) *

لا ينبغي استعمال مضادات السموم المتحق عليها في علم السموم الا في الاحوال
الحديثة للسموم بالحواض المركزة والنفويات الكاوية والاملاح المعدنية
اعنى عقب ادخالها بساعة أو أكثر فان المضادات المذكورة لا تؤثر تأثيرا جيدا
بعد ذلك. يضاف الجواهر المذكورة مع التي • او تركوباتها المتحدات كيميائية
مع الغشاء المخاطي المعدى بل تؤثر حينئذ تأثيرا ضاراجدا بسبب تهيجها
للاغشاء المخاطي المعدى الملتب تهيجا جديدا واما احوال التسمم بالزئبق
او بالسموم النباتية او الحيوانية الحريفة فينبغي استعمال مضادات التسمم
فيها ولو لم تعاطى الجواهر السمية المذكورة بمن طويل فان تأثيرها يستمر
زمن اطول والاحوال التي فيها يقتدى بالكلية او يكون غير كاف في تذف
السم من المعدة يجب فيها اعطاء مقي من عرق الذهب وخصوصا استعمال
الطلبة المعدنية فانهم واسطة كيدة سريعة في استخراج تلك المواد السمية من
المعدة وزيادة عن القسك بالطرق المذكورة التي تستعملها المعالجة السببية
تستدعى المعالجة المؤسدة على طبيعة المرض نفسه استعمال البرودة واما
الاستقرائح الدموية فقليلة المنفعة او معدومة ثم ايفعطى البطن برفائد مبتلة
بالماء البارد او الجليدي وتغير بسرعة ويعطى للمريض من الباطن الماء
الجليدي او يؤمر بازدراد قطع صغير من الجليد ان تيسر ذلك واما بقية
المعالجة فتراجع في كتب علم السموم

* (المبحث السادس) *

(في اثرية المعدنية الزمنية المعروفة بالسمودية وباشاقبة)

* (كيفية الظهور والاسباب) *

يغلب على الظن ان اثرية المعدنية الماقبة تنشأ دائما بكيفية حادة وكذا
امتداد هذه القرحة عرضا وعمقا يظهر أيضا انه متعلق بتغير مرض ذي سبب
حاد في دوائها وقاعدتها ومع ذلك حيث ان هذه القرحة تحدث عند المريض

المصاب بهم مكابدات عظيمة كثيرا ما تستمر بجملة من السنين فمن الجائز الاستمرار
على تسميتهما بالقرحة المعدية المزمنة ثم ان الحد الواضح لأمثال القرحة المستديرة
وفق مد ظواهر الانتهاب والتقيح في دائرتها والمشاهدة للاواسطية لبعض
الاحوال الحديثة وكذا الاستنتاجات الواضحة لعدم من التجارب على
الحيوانات تثبت انما مع التأكد ان تهنك جدار المعدة لا يكون ناشئا عن فساد
تدريجي وتقيح بل عن تكون خشكريشة وتنكرو جزئي وان هذا التنكرو
الجزئي في معظم الاحوال بل في جميعها متعلق بانسداد أحد القروح الوعائية
المغذية وهذا التنكرو الثاني عن امتناع ورود عناصر التغذية في جـ
محدود من جدار المعدة يشابه ولا بد للين التنكرو في الدماغ على شكل
بورة والسدد الرئوية والغنغرينا الذاتية للاصابع التي تنشأ عن انسداد في
الوعية والتجارب التي فعلت على الحيوانات التي أثرناها كان فيها انسداد
أوعية المعدة حاصلا بسد صناعية ونشأ القروح المعدية المستديرة في
الانسان بهذه الكيفية نادر ومع ذلك فتوجد بعض أحوال يثبت فيها ذلك
مع التأكد بل قد شاهدت في السنين الاخيرة حالة واضحة من هذا القبيل
والغالب ان تتكون المتعقدات الدموية السادة في المحل المتقرح نفسه
وتكونها يظهر انه متعلق بحالة مرضية في جدار الوعية فالعصر المعدى
يحدث في الجزء الميت من جدار المعدة الذي لا يقاوم تأثيره ليناسريعا وتلاشيا
تاما بحيث تندره مشاهدة الدور الاول من هذا التغير في الصفات انتشار بحبة
والاستعداد للاصابة بالقرحة المذكورة كثيرا الانتشار جدا والتفاوت
العديدة للمعلم بالكس وغيره من الاطباء دل على كثرة حصول القرحة
المعدية الناقبة في اطوار الصبر المختلفة والاجناس المختلفة أيضا بل والعائش
المختلفة وذلك ان المعلم المذكور باطلاعه على الصفات التشريحية في
عد ٢٢٣٠ وجد ٥٧ شخصا مصابين بالقرحة المعدية المستديرة و
شخصاء منهم نوب التحامية أعقب شفا هذه القروح بحيث ان كل عشرين
جثة يوجد فيها جثة مصابة بقرحة معدية أو بدية ناشئة عن ذلك وكذا
مشاهدات المعلم والمجان وبرتون وغيرهما استنتج منها ما يطابق ذلك
ويندره مشاهدة القرحة المعدية المستديرة عند الاطفال ويكثر حصولها جدا

في سن البلوغ والنساء أكثر مصابا بهن الرجال وأظن أن كلا من الانهيا
والخللور وزالذي هو من النتائج السكيرة للاضطرابات التناسلية له دخل عظيم
في حصول هذه القرحة وذلك ان الدم ذا الصفة غير الطبيعية يمتد بالحصول تغير
مرض في جدران الاوعية ويظهر في أحوال أخرى أن الاضطرابات النزلية
الحادة والمزمنة للغشاء المخاطي المعدي تحدث تغيرا مرضيا في جدران الاوعية
وحصول السدد فيها

والاسباب المتممة لهذا المرض خفية علينا ويقال ان منها التباعد عن التدبير
الصحي وتعاطي المطعومات والمشروبات الحارة والباردة جدا والادمان من
تعاطي المشروبات الروحية وانما يستغرب كثرة حصول النزلات المعدية
المزمنة عند السكارى وقلة مشاهدة القرحة المعدية المستديرة فيهم

(الصفات التشريحية)

القرحة المعدية المزمنة تعترى المعدة والجزء العلوي المستعرض من الاثني
عشري دون غيرهما من اجزاء القناة المعوية والغالب ان تعترى الجزء البوابي
من المعدة ووجودها في الجدار الخلفي أكثر منه في الجدار المقدم والغالب
ان توجد في القوس الصغير او قريبا منه ويندرج جدار وجودها في قاع المعدة
والغالب ان لا يوجد الا قرحة واحدة وقد يوجد اثنتان أو أكثر ولا يشتر
وجود قرحة حديثة بجوار ندب قروح ملتئمة ويوجد في حالة هذا المرض
الواضحة كما قاله الشهير روكيتانسكي في الطبقة المصليّة من المعدة ثقب
مستدير ذو حواف حادة كأنه مقطوع بغاية الانتظام بثقب حلق يشاهد
بالنظر في باطنه ان فقد الجوهر في الطبقة المخاطية أكثر اعمامه في الطبقة
المصليّة بحيث ان القرحة تكون ذات تدرج على هيئة قمع وقطر القرحة
يكون عادة من ربع قيراط الى نصف قيراط وقد يصل قطرها الى قطر الريال
او راحة اليد

وشكل هذه القرحة المزمنة يكون في الابتداء مستديرا غالبا وبعد مكنه
زمن طويلا يصير بيضاويا وتحصل فيه تشريعات فيصير غير منتظم وأغلب
امتداده يكون عرضيا بحيث تصير المعدة احيانا محاطة بقرحة على هيئة
منطقة

والقرحة المعدة في كثير من الاحوال تشفى قبل ان يحصل تنقب في جميع
اغشية المعدة فان كان فقد الجوهر فاسر على الغشاء المخاطي المعدى
والمنسوج الخلوى تحته حصل التعويض بواسطة اذرار الجنية تسهيل فيما
بعد الى منسوج ندي سهل الانكماش بتقارب حوافي القرحة الى بعضها
وبذلك تتكون اثره النحام متشعبة ذات عظم متفاوت على السطح الباطن من
المعدة وأما اذا كان فقد الجوهر أكثر وراما ذكر بحيث انه هناك الطبقة
العضلية أيضا فانه يحصل انقباض تشعبي في البريتون عند شفاء القرحة
بواسطة الانكماش الندي للمنسوج الخلوى المتسكون تسكونا جديدا بل قد
ينجذب سطح البريتون الباطن في المعدة ويكون فيها ثنية وأما اذا كانت
القرحة متسعة جدا فربما ينتج عن شفاها عند حصول الانقباض الندي
تضايق في المعدة بسبب ضيق القطر المستعرض وهذا التضايق يكون عاقبا
غير قابل للشفاء يمنع مرور ما احتوت عليه المعدة الى المعى

ثم اذا كان مجلس القرحة القوس الصغيرة للمعدة كما هي العادة فالغالب ان
يتمنع انكساب ما احتوى عليه هذا العضو في تجويف البريتون امتناعا وقويا
او داءا ولو منع تنقب جميع طبقات المعدة ويتم ذلك بكيفية خاصة هي انه عند
امتداد انقروح من الباطن الى الظاهر يحصل التهاب بريتيوني جزئي في الحل
المصاب فجزء الطبقة المصلية المهدي بالنقرح يلتصق بالاعضاء المجاورة له
وعندئذ تأكل نسبة الاعضاء المتصلة بحوافي القرحة التصاقا متينا
كالبا نكرياس والغرب والقص الايسر من الكبد الثقب المتسكون في جدار
المعدة ثم ان التقرح قد يسرى الى العضو الساتل ثقب الملتصق بحوافيه
لكن الغالب ان يتسكون على السطح الظاهر لهذا العضو طبقة سمكية من
منسوج خلوى تكون قاعا للقرحة فلا يسرى التقرح اليه ولا يشاهد أصلا
ان العضو المائل للمسافة الخالية مواز للطبقة الباطنة من المعدة او بارز في
تجويفها بل ان الغشاء المخاطي ينغطف من الباطن الى الظاهر على حوافي
القرحة بعد انكماش الطبقة العضلية ويصل حينئذ الى العضو المائل
للمسافة الخالية ومتى حصل الشفاء في مثل هذه الحالة انقبضت الطبقة
الخلوية النديية التي على العضو الساتل القرحة وحينئذ تتقارب حوافي

القرحة من بعضها حتى تتلامس فتتكون ندب التحامية صلبة ملتصقة بما تحتم الصاقا متينا

وعند امتداد القرحة كثيرا ما تنهت اوعية الجدر المعدية او الاعضاء المنفصلة فيها القرحة وحينئذ تحصل انزفة غزيرة في باطن المعدة وقد شوهد تنزق كل من الشريان الاكيلي المعدي والشرايين البوابية والشريان المعدي الثري الايسر والشريان المعدي الاثني عشري او ثمرعائه والشريان الطحالي لكن الغالب مشاهد تنزق فروع الشريان الطحالي والشريان البانكرويامي الاثني عشري

وبالجمله تظهر في الغشاء المخاطي المعدي جميع التغيرات التي شرحناها في المبحث السابق اى الخاص بالنزلة المعدية المزمنة وفي بعض الاحوال تفقد تلك التغيرات ولا توجد الا بدرجة واهية جدا

(الاعراض والسير) *

من الجائز ان القرحة المعدية ينتج عنها التهاب يمتد في بخائى قتال عقب تنقب جميع طبقات المعدة وخروج منحصل هذا العضو في تجويف البطن او ينتج عنها نزيف غزير يهلك عقب تأكل بعض الاوعية الغايضة قبل معرفة هذا المرض او قبل امكان معرفته ومن الخطا البين اعتبار ظهور التهاب البريتوني القحائي او النزيف المعدي علامات أو اعراضا أولية للقرحة المعدية فان الطبيب اذا دقق في مجتمه لابد أن يجد أن المريض كان عنده قبل حصول الظواهر السابق ذكرها او انزيف اضطرابات قليلة في الهضم واحساس ضغط خفيف في القسم الشراسيفي يزداد بالاكل وان المريض لم يكن له طاقة على حمل حزام مشدود شديد اقويا على البطن ولا نحوه مما يضطرب على البطن والفترة التي بين ظهور هذه الاعراض الخفيفة والمرض القاتل قد يكون بعض ايام أو أسابيع قليلة بحيث لا يشك في أن جميع طبقات المعدة قد تنقب في مدة هذه الفترة القصيرة بل يظهر أن تنقب المعدة وانسداد متحصلا في تجويف البطن لا يحصل غالبا الا في الاحوال التي يظهر فيها هذا المرض باعراض خفية ثم يأخذ سير امريعا جادا وأما الاحوال التي يظهر فيها باعراض واضحة واحدة شديدة ويستمر بجله شهور بل بجله سنين فالمعدة

فيها نجب دزمننا كافيًا لاتصافها بالأعضاء المجاورة وبذلك يتمتع انسكاب
متخصصها في تجويف البطن وحصول التثقب الممدى بهذه الكيفية يذكّرنا
ما يحصل في الارتشاحات الجيفية الرئوية ذات السير السريع جدا فيحصل
عنده تثقب في البليورا يؤدي للتجمع مع الغاز في الصدر أكثر من حصوله في
الدرن الدخني ذي السير البطيء الذي تكاد توجد فيه صفحات البليورا
دائما ملتصقة ببعض امتد الفساد اليها

ثم ان الاحوال التي فيها تكون علامات التقرح الممدى غير واضحة بحيث
تتعدّر تشخيصه والتي فيها يكون المريض غير متألم من هذا المرض بحيث
لا يلجئ الى الاسعافات الطبية قبل حصول التثقب او النزيف الممدى نادرة
جدا بالنسبة للاحوال التي فيها يسهل معرفة هذا المرض من الابتداء والتي
فيها يحصل للمريض اعراض مؤلمة جدا وأكثر اعراض القرحة المعدية
المزمنة وأشدها اتعا بالمرض الالم الذي يحصل في قسم المعدة فالمرضى
يتشكى بالأم مستمر في القسم الشراسيفي يزداد بالضغط على هذا القسم ويكون
عادة كثير الشدة في جرحه محدود منه كما انه يتشكى بنوب آلام شديدة جدا
تبدئ من قسم المعدة وتنتشر نحو الطهر كالآلام العصبية المعدية وهذه
النوب تظهر عادة بعد الاكل بزمن يسير وكلما كانت المطعومات أعسر
هضمها وأكثر تهيجا كانت الآلام أشد قوة فالمرضى يصيح ويبكي من شدة
الآلام وربما الفحنى على نفسه ولا يرتاح الا بعد تخلص المعدة من المواد المحتوية
عليها بواسطة القيء فان لم يتخلص فربما استمرت نوبة الآلام جملة لساعات
ويمكن الحكم بتعيين مجلس التقرح تقريرا بواسطة الزمن الذي فيه تعقب
نوب الآلام تعاطى الماء كولات وذلك ان نوب الآلام ان ظهرت عقب
الاكل حاد دل ذلك على ان مجلس التقرح القوي أدى فم المعدة وان ظهر بعد
الاكل بساعة او ساعتين دل ذلك على ان مجلسه الجزء البواني من المعدة هذا
ومن المقرر المعلوم ان نوب الآلام تحصل بعد تعاطى الاكل وانها تكون
أكثر شدة كلما كانت المطعومات أعسر هضمها وأكثر تهيجا كما ذكرناه قبل
ذلك الا أن هنالك استثناءات من المهم معرفتها وان كانت عسرة
التوجيه

منها ان يحصل الالام عند فراغ المعدة وتلطف بالتعاطى ومنها ان المريض يكون مصونا من الالم عقب تعاطى الأطعمة العسرة الهضم بعكس الأطعمة السهلة الهضم فانها تحدث عنده آلاما شديدة والعادة ان تنسب نوب الالام الى التهييج الذى تحدثه مقدمات المعدة على سطح القرحة حال تزوج تلك المقدمات من صفرا الى آخر وهذا التهييج لا يوجد عند فراغ المعدة وقد وجه بعضهم حصول نوب الالام ايضا بان العصير المعدي الحامض الذى يتفرز بغزارة عند تعاطى الاغذية يهيج القرحة فتنتج عنه نوب الالام واما الفترات التى بين هذه النوب فهى ناشئة من كون سطح القرحة حال فراغ المعدة مغطى بطبقة مخاطية قليلة التهييج لكن متى علمنا انه قد يحصل احيانا تنقبض في جميع طبقات المعدة بدون أن يسبق ذلك نوب ألمية وانه قد يشاهد استقرار نوب الالام الشديدة ولو بعد شفاء القرحة فيها اذا كانت المعدة ملتصقة بالاعضاء المجاورة لها كان ذلك دليلا على ان الالتصاق البريتونى الناتج عن القرحة والانجذاب الذى يعترى جدار المعدة الملتصقة بما جاورها من الاعضاء وقت حر كات هذا العضو واليدانية لهما داخل عظيم في احداث الالام المعديّة الشديدة وكلما كانت الأطعمة أكثر غلظا وثقلا كانت حر كات المعدة الناتجة عنها أكثر شدة واستمرارا وكذا كانت نوب الالام المعديّة عقب تعاطى نحو الخبز غير الجيد وتفتح الارض والبقول ونحو ذلك أكثر شدة واطول مدة وراحة المرضى راحة نسبية عقب تعاطى نحو الشربة والالبان والخواهر الغذائية السائلة اللطيفة

ومن الاعراض الملازمة لهذا المرض كـ الملازمة زيادة حساسية القسم الشراسيفى ونوب الالام المعديّة القىء الدورى وهو ينتج عادة من نفس الاسباب المحدثة لنوب الالام وكثيرا ما تنتهى تلك النوب به وهذا القىء نارة يحصل عقب تعاطى الاكل وتارة بعده بزمان طويل بحسب قرب القرحة من الفؤاد او البواب وكلما كان مجلس القرحة قريبا من فوهات المعدة كان حصول القىء أكثر وجودا وملازمة وقد نبه الشهاب (هينوك) على ان المعدة كغيرها من الاعضاء الجوفية يسهل فيها الاحداث حر كات انعكاسية متى كانت فواتها الطبيعية مجسدا لامراض وعلى انه يكتر حصول التشنجات المتأينة

الشديدة عند ما يكون مجلس التخرج لا يتم ابي عنق المائة وان الزحير المتعلق
بامراض القولون تكثر شدته كلما كان مجلس المرض قريبا من الاست
والغالب ان تقايا المرضى المطعومات متغيرة تغيرا متقارنا واختلاطة بمواد
مخاطية وسائل حصى وصفات المواد المنقذة بالقيء التي توجد في اخلاصات
نباتية غالباً وهي تتعلق بشدة النزلة المعدية الملازمة لهذا المرض وامتدادها
وقد لا ينقذ بالقيء الامواد مخاطية او اسائل حصفية بكمية عظيمة مع بقاء
الاغذية في المعدة

فعلى هذا يترجح الحكم بوجود قرحة معدية منسية متى حصلت آلام معدية
شديدة وفي على الدوام عقب تعاطي الاكل ويعتبر التشخيص بقيتها متى
انضم لذلك قيء دموي والقيء الدموي يختلف البنابيع فتارة يكون ينبوعه
نزيفاً شريفاً يشاعن في التفرح ونارة وهي أكثر حدة ولامن السابقة يكون
ينبوعه تافهاً كل بعض الاوعية الغليظة وهذا الشكل هو الواصف للقرحة
المعدية وسنتكلم في المبحث الثامن على التزيف المعدي كلاماً مبسوطاً

ثم ان امراض النزلة المعدية التي تصعب القرحة المعدية وان انقضت دائماً الى
الاعراض الواصفة لهذا المرض تتفاوت شدة وضعف باختلاف درجة تقدم
النزلة المعدية وامتدادها فاذ من المرضى من يشكي بآتة اخ عظيم في القدم
الشراسبي وفقد في الشهية وتحشي منه كور واحساس بما يشبه الحديد
الحمي في القواد ومنهم من يكون أشد فقرات نوب الآلام ذاصحة منه اسبعية
تكاثر الشهية عنده تكون نامة

وأما علامات النزلة الفموية التي تضاعف القرحة المعدية فتختلف مخالفة
تأعلامات النزلة الفموية التي تصاحب النزلة المعدية فان السوائل الحضية
التي تندفع بالقيء وتصل الى الفم في القرحة المعدية يظهر أنها تحتل الطبقة
البشرية فتنفصل عن اللسان بدل كونه مغطى بطبقة صميكية يغاب
ان لا تنفذ في النزلة المعدية المزمنة البسطة يكون أجهر متفتتاً وحالته هذه
تكون مصحوبة دائماً بزيادة في العطش ثم يوجد اسالك مستعص كما يوجد
في جميع أحوال النزلة المعدية المزمنة

وأما الحالة القائمة ببنية المريض في هذا المرض فهي ان القرحة المعدية

المزمنة تحدث اضمحلالا مريعا في التغذية بحيث ان المريض ينحط بسرعة
وينحف ويظهر رذا سحنة باهتة ضعيفة وقد لا تضرب التغذية المريض الا قليلا
وهذا الاختلاف منوط بلا شك باختلاف درجة النزلة المعدية المصاحبة
للقرحة المعدية شدة وامتدادا

واما سير القرحة المعدية فهو طويل جدا الا في الحالة المتقدمة ذكرها التي
تعتبر فيها احادة فقد نجد هذا المرض بجملة سنين وفي أثناء هذه المدة تظهر تقلبات
عديدة في مكابدات المريض فقد يعقب الزمن الذي كانت فيه حالة المريض
مطابقة زمن يعتريه فيه مكابدات عظيمة بدون سبب ظاهر ولا يندر ان يحصل
في أثناء النفاهة الظاهرية في دموى بخاني كما لا يندر ان يعود التألم للمريض
دفعه بعد انطفائه بالكليمة مدة سنين وماذا لا الامن من قبل القرحة المعدية
لانسكسات

وأكثر ما أتت القرحة المعدية حصولا الشفاء بأن تزول مكابدات
المريض شيئا فشيئا وتعود اليه جودة التغذية ولا يبقى عنده أدنى ألم ثم اذا
مات بعد زمن ما أي مرض توجده فيه الندبة الالتحامية التي تختلف عن
القرحة المعدية وقد ينهى هذا المرض نادرا بشفاء غير تام بان تزول
اعراض النزلة المعدية المزمنة والتي الدورية غالبا ويكتسب المريض هيئة
صحية لكن لا يزال يعقب كل اكله من اكلاته آلام معدية وقد تكون اشد
من سابقها فيلزم حينئذ ان تكون القرحة قد التحمت في مثل هذه الحالة
وعاد انغشاء الخفاطى الى سلامته الآن الندبة الالتحامية التي تختلف تعرف
حركات المعدة في جزء محدود منها او ينشأ عن ذلك التصاقها بالاعضاء المجاورة
وهو الغالب وبذلك تنوتر جدران المعدة وتنجذب عند تحركها فتستقر فوب
الآلام المعدية ثم انه كثيرا ما يتكون تضايق في البواب وتعد في المعدة
كمرض تابعي للقرحة المزمنة المعدية بواسطة ندبة الالتحام التي يكون مجلسها
بقرب البواب او بواسطة ضخامة جدران المعدة التي تنشأ عن النزلة المعدية
المزمنة المضاعفة لهذا المرض

وقد تنهى القرحة المعدية المزمنة بالموت بان يحصل عند المريض تشب في
جدران المعدة وانسكاب محتصلها في تجويف البطن وهلاك الشخص في مثل

هذه الحالة يحصل احبانا بدون ظهور علامات التهاب بريتوني اواقل
ما هنالك قبل أن يصل الالتهاب المذكور الى درجة عظيمة جدا بحيث لا يعرف
عنه حصول الموت منه وعند ظهور الاسلام الشديدة جدا في البطن ظهورا
خفائما يصير جلد المريض باردا وبضه صغيرا وتغيره صهته ويهبط ثم يهلك
وهو على تلك الحالة

وان حصل في هذه الحالة ضعف في ضربات القلب وقل امتلاء الشرايين
تدريجيا نتج عن تراكم الدم في الاوردة ظواهر سيما فوزية واضحة فتصير الهيمية
الظاهرة المتصل هؤلاء المرضى شبيهة بهيمية المصابين بالهيمية في الدور
الاسفيمية ويظهر أن التثقب المعدي في هذه الحالة ينتج عنه شال في
المجموع العصبي المنوط بالتغذية كما يحصل ذلك في غير هذا المرض من
الآفات النقبلة وهذه الحالة اى التي يطرأ الموت فيها في مدة اليوم الاول
او الثاني من حصول التثقب فادرة بالنسبة للحالة التي يطرأ الموت فيها عقب
انضام اعراض الالتهاب البريتوني القتال الى مجموع الاعراض التي بينهاها
سابقا وقد يكون حصول الموت من التزيف المعدي وهذا نادرا فان المريض
يمور لصحته عادة ولو في الاحوال التي فيها يظهر ذاهمة ثم تقعة مصفرة كالشمع
الاصفر خالية عن الدم ويعقب رفع رأسه اغماء ويوجد فيه بالاختصار
علامات فقد الدم كالضجر والخفقان والاعماء وطنين الاذنين ونحو ذلك ومع
هذا اذا تأتت اوعية الدم في سرعة شريانية امكن حصول الموت بسرعة وقد
شاهدت حالة سقط فيها الشخص على الارض فجأة وهلك عقب تثقب الشريان
الطحالي وقبل ظهور القيء الدموي وقد يحصل الموت عقب التثقب الشرياني
التدريجية ويحتمل ان يكون حصوله في الاحوال التي التهمت فيها القرحة
المعدية الا انه نشأ عن في المعدة تضيق عقب انقباض الشديدة الالتصامية وفي
مثل هذه الحالة لا تستمر نوب الاسلام الشديدة المعدي وحدها بل مع ذلك
يتقيا المريض جميع ما تاسطاه من المطعومات ويكون مع ذلك امسالك
مستعص بحيث ينقطع التبرز فجأة أيام فيهبط البطن وينفخ المريض فخافه
زائدة هي كلمة ثم لم من عدم التغذية

(الشخص)

من المحال تمييز القرحة المعدية المزمنة عن النزلة المعدية البسيطة المزمنة في الحالة النادرة التي ليست فيها القرحة المعدية مصحوبة بجميع علاماتها الواصفة وأما التمييز بينهما في غالب الأحوال فلا يكون عسرا فان زيادة احساس القسم الشراسبي في جرح محدود منه ووجود نوب ألمية معدية شديدة وفي متكرر سيما التي الدموي الغزير يتنافى وجود النزلة المعدية البسيطة بالكلية وقد يعقد قليلا في التمييز بينهما على حالة اللسان فانه في أحوال القرحة المعدية يكون اجراما مس وفي أحوال النزلة المعدية يكون غالبا مغطى بطبقة وأما التمييز بين القرحة المعدية وتضايق البواب الناتج عن ضخامة في جدار المعدة فقد يكون صعبا جدا ويعقد في ذلك على ان نوب الألم تكون اقل شدة في تضايق البواب وليست بنسبة كثرة متكررات التي وان حصول التي فيه ايضا يكون في أزمنة منتظمة ومصحوبة بتتابعي للمعدة فجميع هذه الاعراض الأخيرة يثبت وجود التضايق دون القرحة المعدية

والنسبة الاتهامية التي بها تعاقب المعدة عن تقيم حركاتها وتنجذب يغلب على الظن انه يمكن تشخيصها في الحالة التي فيها توجد الآلام المعدية الشديدة غير مصحوبة باضطراب وتكد في وظائف الهضم بان يكون المريض فيها مع شدة تألمه ومكابدته مدة متعابحة جيدة وتنتأ كدغلبة الظن متى تأكد الطبيب أن المريض كان عنده سابقا علامات دلالة أكيدة على وجود قرحة معدية زالت بالكلية ولم يبق لها اثر سوى الآلام المعدية ويغلب على الظن وجود التضايق النسبية للمعدة في الحالة التي فيها تظهر اعراض التضايق ظهورا بطيئا مع ازديادها عقب زوال علامات القرحة المعدية السابقة

وأما تمييز القرحة المعدية المزمنة عن سرطان المعدة وعن الآلام المعدية العصبية فسيأتي في المبحث التالي لهذا

(الحكم على العاقبة)

الحكم على عاقبة القرحة المعدية المزمنة بالنظر لما ذكرناه في سيرها وانها آتتها حبيدا غالبا لكن على الطبيب ان لا ينسى ان هذا المرض كثيرا انكسرت

والثورات وانته في اثناء التحسن الظاهري يمكن ظهور نزيف معدى وان
المريض بعد حصول الشفاء يكون عرضة غالباً للتسكسات

(المعالجة)

يندر أن يكون تغير جدر الاوعية الناشئ عنه كل من التشنج والجزى في جدر
المعدة وانتهاء ذلك بالقرحة المعدية المستديرة نتيجة النزلة المعدية المزمنة فان
المدمنين على السكر الذين نشاهد عندهم النزلات المعدية المزمنة المستعصية
جداً يندر أن يعترفهم قروح معدية وحيث ان الاسباب الاصلية للتغير
المرضى في جدر الاوعية غير معلوم نعترف ولا بد انه لا يمكننا انعام ما نستدعيه
المعالجة السببية في القرحة المعدية واستعمال المركبات الحديدية الذي يظهر
انه ضرورى بسبب الانيميا الحاصلة لا تحمله المعدة في أحوال القرحة
المعدية

واما معالجة المرض نفسه فينبغي فيها اتباع تدبير يحى بغاية الدقة فان نجاح
المعالجة يتعلق بالاكثر باتباع ما ذكره ولولم يكن بالضرورة حفظ الجزء المريض
من جدر المعدة من تأثير أى سبب مضر كما يكون ذلك في القروح الجلدية
الظاهرة فان ادخال اى جوهر غذائى مهما كان لطيفاً يحدث ولا بد اذ حتماً فاني
الغشاء المخاطى المعدى وتيج الجزء المتقرح ومع ذلك فكلما كانت الطموحات
أكثر غلظاً وثقلاً كان التهيج الناشئ عنها أكثر شدة ويستتج من هذه الحقائق
الثابتة المطابقة بالكلية للتجارب قاعدة عامة وهى انه لا يسمع للمرضى الا
باغذية لطيفة سائلة فيجتمداً ابتداء باتباع تدبير غذائى مطلق بالالبان وينظر في
تحمل المرضى له وعدمه فان غالبهم لا يتحملاه وان انعقد اللبن في المعدة على
هيئة جلط جامدة لزجة فينبغى اتباع طريقة (بود) وهى تعاطى الالبان مصحوبة
بقليل من الخبز الابيض النظيف وبعض المرضى لا يتحمل اللبن الحليب
ويتحمل اللبن المنعقد والمخض فحملاً جيداً وان وجد عند المرضى كراهة
عظيمة للالبان وكان لا يمكن تحمل كل من اللبن المنعقد والمخض فينبغى ان
يؤمر لهم باستعمال الشرابات القوية التى لا يؤخذ زبد هامضاً فاليها خلاصة
اللحم للمعلم (لبيج) وقوة تغذية المقادير الصغيرة من هذه الخلاصة وان كانت
قليلة الا انها مشبعة قوية وكذا يؤمر المرضى بخلاصة الشعير الثابت المجفف

للمعلم (تروير) المحتوية على الاجزاء المغذية لهذا الجوهر على الحالة السائلة
وحيث ان المرضى يمكنهم تعاطي جملة ملاءق منها في اثناء النهار بدوز مشقة
ينبغي اعتبارها جوهر اغذي ثانيا جسد اواني لا عرف مرضى كانت تعاطي
في كل يوم من اوقية الى اثنتين من خلاصة الشعير المذكورة وينبغي تجنب
تعاطي البقول والخبز المصنوع من الدقيق الخشن والبطاطس المحمر
والمصنوع سلطة واما المطبوخ على هيئة عصيدة فيسمح باعماله ومن النافع
جدا في معالجة القروح المعدية المزمنة استعمال القلويات الكربونية فانها
ذات تأثير واضح وبفضل من المياه المعدنية المحتوية على قلويات كربونية
واملاح مسهلة ما كان حار منها على البارد فتقبل المرضى التي تسمح احوالهم
بالسفر الى حمام كرلوس باد وان لم تسمح حالتهم بذلك يوصوا باستعمال مياه
كرلوس باد ومارية باد وتراسبير ونحوها وهم في اما كنهم انما ينبغي قبل
تعاطيها تسخينها جيد او قد شاهدت نجا عظيما في بعض الاحوال من
شرب مياه ويلباد وغيرها من المياه المعدنية الحارة عند بعض المرضى
المصابين بقروح معدية مزمنة وكانت تعاطت بلا طائل كالمصابين
كرلوس باد ومارية باد بدون ان يتحقق لي كل التحقيق من ان شرب بعض
مياه الينابيع الحارة يقوم مقام مياه كرلوس باد كما قاله المعلم (بولك) في جرنالاته
ومما يأسف منه كون هذا الطبيب الحاذق مجتهدا في انتشار معاريف غير
نامية بين العامة مثل هذه فاني قد شاهدت جملة اشخاص يزعمون انهم تحصلوا
على معارف كافية من قراءة ما ذكر ويدعون ان لهم قدرة على معالجة أنفسهم
وبذلك استصحوا على الضرر والتدبير الصفي في المعالجة بمياه الينابيع
الطبيعية وان احتوى على بعض امور زائدة غريبة لا ينبغي عدم الاعتماع
به ورفضه فانه يغرب على ذلك عدم اتباع الوصايا العقلية كايصا المريض
بعد التأخر في النوم زيادة عن الساعة السابعة ليلا (المقابلة للساعة الثانية
بحسب الامر بي) ليلا وعدم تعاطي شئ سوى الشرابات مساء وعدم تعاطي
شئ في الصباح من الاغذية الا بعد مضي نصف ساعة الى ساعة بعد شرب
آخر كوب من الماء فان من المهم جسد اوصول المياه المعدنية الى المعده
وهي خالية

واذا لم تنفرا المعالجة المذكورة وجب الانتقال الى المعالجة بواسطة نترات
الفضة او تحت نترات الزموت فان هاتين الواسطتين سيما الاولى منهما - ما
يطابقان دلالات معالجة هذا المرض نفسه وذلك لانهما كما يشاهد من
تأثيرهما في التهام قروح الجلد والاعشمية المخاطية غير المعدية يسرعان في
التهام القرحة المعدية والمريض يتحملهما في هذا المرض ولو زاد مقدارهما
زيادة عظيمة لكن ينبغي التنبيه على ان نجاحهما في القرحة المعدية ليس
محققا كما هي عادت - ما في النزلة المعدية المزمنة فانه قد يشاهد منهما التبحر
العظيم في بعض الاحوال بسرعة وفي بعض الايثران أصلا وكل من
استعمال هذين الجوهرين ومقدار التعاطى منهما مسبق ذكره في معالجة
النزلة المعدية المزمنة

والمعالجة العرضية لهذا المرض تستدعي أولا مضاربة نوب الالام
المعدية اذ من التدرأ أن وجود أحوال من احوال القرحة المعدية المزمنة
لا تحتاج لاستعمال المسكات فيها والغالب ان تأثير المسكات في نوب الالام
المعدية سريع ووضوح للغاية فان تعاطى مقدار صغير من المورفين يحصل
منه في المعدة بعد التعاطى يسير من الدقائق تلطيف عظيم بل سيكون كلي في
الالام وهذه النتيجة تؤيد ما كرناه من ان نوب الالام المعدية تنشأ في
أكثر الاحوال عن انجذاب المعدة وتوترها فانها لو كانت متعلقة بالتهيج
الذي يعترض سطح القرحة من الأغذية او من العصارات المعدية الحامضية
لكان تأثير الجواهر المسكنة فيها غير معقول مع انه كما قال المعلم (باكش)
يطرأ بسرعة عجيبية وأما كونها متعلقة بالانجذاب الواقع على جدار المعدة
فالامر فيه واضح فان المسكات زيادة عن تحذيرها تحدث بطأ في حركات
المعدة وقال المعلم (استوكس) ان المورفين هو الدواء الوحيد الناجح في
معالجة القرحة المعدية المزمنة ورأيه ان نجح غيره من الجواهر الدوائية انما
هو ناتج عن اعطائهم مزوجة بالمسكات التي فيها المورفين كما هي عادة الاطباء
في كيفية اعطاء نترات الزموت في هذا المرض والغالب ان يكفي باعطاء
مقدار صغير من المورفين (بان يعطى منه جزء من اثني عشر جزءا من قحمة
او جزء من ثمانية اجزاء) فقط ولا حاجة الى زيادة كميته فقد شاهد المعلم

(با كس) امرأة تعاطت هذا المقدار زيادة عن مائة مرة بدون ان يتأخر فعله
المسكن والمورفين في هذه الاحوال افضل من خلاصة الشوكران والبلادونا
الموصى بهم ايضا في هذا المرض وعند وجود ازدياد في احساس القسم
الشراسيفي عند الضغط تستدعي المعالجة العرضية ارسال العلق على القسم
الشراسيفي او المهاجم التشريطية واذا لم تثمر الوسائط المذكورة فلتستعمل
الحراريق او المشتمات الطرطرية على القسم الشراسيفي زمنا طويلا فقد
شوه حصول النجاح احيانا من ذلك ومن الاعراض التي تستدعي معالجة
مخصوصة ايضا التي المستعصى ومما يثمر فيه غالباً المخدرات سيما المورفين
فان لم يثمر وجب استعمال مقدار صغير من الماء الجليدي او استحلاب قطع
صغيرة من الثلج فان لم يثمر ذلك فقد شوهت المنفعة العظيمة في استعمال
الكريو زوت موضوعا منه اربع نقط على ست اواق من الماء ويتعاطى منه
ملعقة فلامعة او صبغة اليود من نقطتين الى ثلاثة في ماء محلي وقد تستدعي
الانزفة المعدنية والانهابات البريتونية التي نظرا لمدة سير القرحة المعدنية
معالجة مخصوصة وسيأتي بيانها

(المبحث السابع)

(في سرطان المعدة)

(كيفية الظهور والاسباب)

المعدة اكثر الاحشاء مصابة بالسرطان والغالب ان تكون اصابتها اولية
ويندر ان يتبع سرطان المعدة آفة سرطانية في غير المعدة من الاعضاء
كاصابة نابية كما يندر امتداد سرطان الاعضاء المجاورة للمعدة اليها
ثم ان اسباب سرطان المعدة كغيره من الآفات السرطانية خفية بالكلية
ويظهر ان هذا المرض في بعض العائلات ورائي فان (نابليون) الاول واخيه
ووالده ~~هنا~~ كوا بسرطان في المعدة واما عروضة بالنسبة للصنف والسن
والمعيشة فيقال فيه عادة ان الرجال اكثر مصابة به من النساء ومن كان
سنه من اربعين الى ستين فهو اكثر مصابة به من غيره ومشاهدته قبل سن
الاربعين نادرة واما حوله قبل سن الثلاثين فيعد من الاحوال الاستثنائية
وتصاب به الاغنياء والفقراء على حد سواء وكثرت في الفقراء اكثر عددهم

عن الاغنياء وما ادعاه بعض الاطباء من أن ظهور هذا المرض يكون من
تأثير الافراط في تعاطي المشروبات الروحية والانفعالات النفسانية الحزنة
وارتداع بعض الطفحات الجلدية والقروح فليس يثبت
(الصفات القشرية)

اغلب ظهور سرطان المعدة يظهر في جزء المعدة البوابي واقل من ذلك اصابته
لجزئها القوادى او قوسها الصغير وندر من ذلك اصابته قاع المعدة وقوسها
العظيم وهذا الداء ذو ميل عظيم للامتداد جهة العرض بحيث ان سرطان
القوس الصغير يمتد الى القوس الكبير وسرطان البواب او القوادى ينشأ
عنه تضايق حاد في المعدة والعادة ان يكون التضايق السرطاني للبواب
محدودا بالصمام البوابي واما سرطان القوادى فيمكنه امتدادا الى المريء
امتدادا متناوتا

واكثر انواع السرطان مشاهدة في المعدة السرطان الاسكيريوسى واقل منه
مشاهدة السرطان النخاعي وندر منهما السرطان الهلامي او الخلافي وكثيرا
ما تنضم انواع السرطان الى بعضها كاسرطان الاسكيريوسى والسرطان
النخاعي وهذا هو الغالب في الانضمام

فاما سرطان المعدة الاسكيريوسى فيكاد يمتد دائما في المنسوج الخلقى
تحت الغشاء المخاطي فينبكون عنه تارة عقد متفرقة وتارة تيبسات منتشرة
يظهر فيها بسبب عدم انتظام غزو جميع اصفارها جلة تحللات ويشاهد في هذا
التولد المرضى جميع الاوصاف الخاصة بالسرطان اليابس اى الاسكيريوسى
وهي كونه مادة كثيفة مبيضة يابضا كالياسهية بصلابة الغضروف والغشاء
المخاطي يلتصق مريعا بالتولد المرضى الجديدا الكائن اسفل منه ثم يلين فيما بعد
فيصير ذاهبة بجميفية مسودة ثم ينصل ويبنى سطح السرطان متعري او الطبقة
المصلية للمعدة يحصل فيها ضخامة عمدة وتظهر الهيمية المدرجة الخاصة
كما ذكرناه سابقا وعند تقدم سير هذا المرض تقع تلك الطبقة في ضمور
او تلاشي بالكليّة والطبقة المصلية يحصل فيها فخر وعتامة عقب اصابته
بالالتهاب البريتوني الجزئي وتلتصق غالبها بما حولها وتغطى بقرا كات يابسة
مبيضة صفحية وبعد تلاشي الغشاء المخاطي يأخذ السرطان العادى في

التقرح فيمكن أن فيه انبعاجات سطحية في الابتداء ثم تصير فيما بعد غائرة
 وحينئذ تتكون القروح السرطانية ذات الشكل غير المنتظم والحواف
 المتبعية الشبيهة بقروح السرطانية التي تحصل في ظاهر الجلد وقد تعلو
 احبانا سطح القروح الاسكيروسية وحوافها تولدات سرطانية نخاعية
 واما سرطان المعدة النخاعي في ابتداء وجدت عقدا وتيسات منتشرة فيكون
 اسفل الغشاء المخاطي من الابتداء ذات رخاوة وهيمية مشابهة لهيمية الجوهر
 الدماغي النخاعي يسهل بعد شقها خروج مادة لبنية سرطانية منها وأخذ هذا
 السرطان في الامتداد اسرع من السرطان الاسكيروسي فيعلو بسرعة على
 السطح الباطن من المعدة على شكل تولدات اسفنجية رخوة سهلة الادماء
 والعادة ان يتقسم هذا التولد المرضي من مركز الى جملته كتل مسودة رخوة
 خلية وامدادا ثريته فلا يزال نموا آخذا في التقدم وعند انفصال الاجزاء
 المسودة المتبسة تتكون قرح ذات حواف منقلبة الى الظاهر قنبطية
 ومحيطة بالقرحة على شكل حاجز وقطر هذه القرحة يصل الى جملته فترابط
 والتولدات المرضية قد تنمو فتزداد اذ ياد اعظيها جدا بحيث يضيق بمجوف
 المعدة

واما السرطان الخلاقي والهلامي فيندرج ظهوره على شكل عقدة مفردة
 والغالب ان يظهر على شكل استحالة سرطانية منتشرة ويتبدى في التسوج
 الخلوى تحت الغشاء المخاطي ايضا الا أنه يؤدي بسرعة الى فساد جميع
 طبقات المعدة بحيث ان جدرها التي يصير سمكها جملته خطوط بل نصف قيراط
 لا يرى فيها آثار منسوجها الاصل بل توجد جميعها متكونة في تجاويف
 صغيرة (هي الخليات) محتوية على سائل هلامي وبالبحت المذكر سكوني يستبدل
 على ان هذا السائل نشأ من تراكم الخلايا السرطانية المتجذرة في التجاويف
 الصغيرة والتي اعترتها الاستحالة الهلامية والغشاء المخاطي يتلاشى ايضا في
 السرطان الهلامي فيستقرغ متحصل التجاويف الصغيرة فيظهر سطحه
 السائب خليا متغير اللون رديشه ومع ذلك فقد الجوهر لا يكون غائرا فانه يحل
 محل الاجزاء المتلاشية تكونات جديدة ثم كثيرا ما تمعد الاستحالة السرطانية
 الى الاعضاء المجاورة للمعدة سيما العقد الليمفاوية والبانكرياس والكبد

والقولون المستعرض واثره كما ان تقرح هذا التولد الجدي قد يستمد من
المعدة الى الاعضاء المذكورة وبذلك يمكن ان يتكون استطراق بين المعدة
والقولون او استطراق الى الظاهر به التصاق المعدة بالجدار المقدم للبطن
وتثقبه ويندرام امتداد السرطان الخلو الى الاعضاء المذكورة وكثيرا ما
يؤدي هذا النوع من السرطان الى استحالة سرطانية منتشرة في البريتون
فيعقب ذلك انسكابات استسقاءية في تجويفه

واذا امتد القرع السرطاني الى البريتون قبل التصاق المعدة بالاعضاء
المجاورة نشأ عن ذلك انسكاب مخلصها في تجويف البطن فيعقب ذلك
التمباب بريوني قاتل

واذا نتج عن الاستحالة السرطانية تضيق عظيم في البواب يمنع مرور مخلص
المعدة الى المعى نتج عن ذلك عقد في المعدة وهذا العائق يزاد بسبب البروزات
العقدية للسرطان ويقترح الجزء المصاب واذا كان مجلس السرطان الفؤاد
او كانت جدار المعدة مكابدة للاستحالة السرطانية في امتداد عظيم منها كما
يشاهد ذلك في السرطان الهلامي نتج عن ذلك تضيق في تجويف المعدة
والبواب المسرطن في غالب الاحوال يبقى في محله الطبيعي بسبب تثبته
بالالتصاقات وهناك احوال يبقى فيها اساتبا فيسقط بثقله نحو الخلف له وقد
يسقط الى الارتفاق العاني

(الاعراض والسير)

يتعدى معرفة السرطان المعدة في بعض الاحوال مدة الحياة مع التأكد
حيث ان بعض الفقراء الذين يكثر ورودهم الى المارستانات للمعالجة
يكونون في نموك متقدمة ومع ذلك فلا يتشكون بشئ ولا يعالجون سببا لهذه
النهوكة والقسم الشر اسبق حينئذ لا يظهر فيه ألم بالضغط في مثل هذه الحالة
والشبهة تكون فيها قلبية ولا تخرج المعطومات بالقياس لا يدل البحث
عن البطن على وجود ورم فيه فينبغي للطبيب حينئذ ان يعرف ان سرطان
المعدة قد يمر بدون هذه الاعراض المذكورة اخيرا وان يقيظ لكونه سببا
للنهوكة العظيمة جدا بدون ان يحزم بتشخيصه ومتى هلك مريض من هؤلاء
وجود عند تشريحه قرحة سرطانية عظيمة في المعدة زاد تعجب بعض الاطباء

غير المقرنين من عدم امكان تشخيص هذا المرض مع تقدمه تقدم اعظما
مدة الحياة

وهناك أحوال لا يعرف فيها سرطان المعدة الا بوجه التقريب وذلك كما في
الاحوال التي فيها المرضى المتقدمون في السن يتشكون بفقد في الشهية
وامتلاء في القسم الشراسبي وتجشئ وتحو ذلك من ظواهر فساد الهضم
ومع هذه الاعراض الخفيفة في الظاهر ينضج للطبيب ان هؤلاء المرضى
يفقدون قواهم بسرعة وتكسب وجوههم هيئة مصفرة وسخنة تدل على سوء
القنية ويظهر عندهم احيانا انتفاخ او ذيماوى خفيف حول الكعبين ففي
مثل هذه الاحوال متى أمكن الطبيب ان يتتبع جميع الامراض المهددة
للهوكة دون المرض الذي نحن بصدده ترجع عنده ان المريض ليس مصابا بنزلة
معدية فمن منته بل عرض خفيف في المعدة أي بسرطانها وان لم يوجد كل من
الآلام الخاصة والتي هو ورم المعدة الواصف لهذا المرض

لكن في غالب الاحوال تكون الصفة التي يسير بها سرطان المعدة كثيرة
الوضوح فتعرف بسهولة وذلك في الاحوال التي فيها ينضم لظواهر فساد
الهضم ولاعراض الهوكة وسوء القنية الم شديد في قسم المعدة يزداد الضغط
ويرتقي الى درجة عظيمة بعد الاكل لكنه لا يصل عادة الى درجة شديدة نوب
الآلام المعدية العصبية وينضم لذلك غالباً تقيؤ لكنه يحصل زمنافز منا اذا
كان مجلس السرطان القوس الصغير ويحصل بعد كل مرة من تعاطي
المطعمات اذا كان مجلسه القواد او البواب غير ان التي يحصل بعد الاكل
بجملة ساعات اذا كان مجلس الضايق السرطاني البواب وبعد الاكل حالا
او في اثنتاه اذا كان مجلسه القواد ومن الجائز احيانا ان يصير التي نادرا
بعد استقراره زمنافز يلا على حالة منتظمة او يزول بالكلية او يستعاض
بحركة ارتداد الاطعمة كاجترار بعض الحيوانات ويسهل توجيه هذه
الظاهرة متى انضح بالتشريح ان الجزء المضيق صار متسببا بسبب لين السرطان
وتقرحه او ان المعدة بسبب تعددها التمدد العظيم بما عتري جدرانها من
الاسترخاء السرطانية فقدت قوة الانقباض التي تساعد حركتها التي مدة
الحياة وقد لا يتضح من الصفات القشرية سبب زوال التي المذكور ثم ان

المواد المنقذة بالنار تكون متكونة من الاطعمة المزدودة ملتقة بطبقة
 من مواد مخاطية وقليلة التغير وذلك اذا كان مجلس السرطان القواد او كثيرة
 التغير بحيث تكاد لا تعرف وذلك اذا كان مجلس السرطان البواب وتارة
 تكون متكونة من مواد مخاطية غزيرة ومن سائل كثير التلون حصى الطم
 والرائحة وظهور كل من حصى اللبنيك والسجنيك والخلبيك في المواد
 المنقذة بالنار يتعلق بنفس الاسباب التي ينهاها في شرح التزلة المعديّة
 والتضايق البسيطة للبواب وكثيرا ما يشاهد في مواد التي انخلت بالنباتية
 المعديّة وما وجود قطع سرطانية فيها فتنا درجدا وما ذالك الالكون السرطان
 عند تفرجه وفساده تفقد جزئياته شكلها الاصلى الواصف لها وعند تفرح
 هذا التولد المرضى الجديدا الكثير الاوعية كثيرا ما تحصل انزفة شعريّة والدم
 المتسكب في المعدة يتغير بسرعة بواسطة منحصليها الحصى فيستحيل الى مادة
 مسودة مخصوصة ولذا كان وجود هذه المادة المسودة الشبيهة بدردى القهوة
 محتاطة بمواد التي معتبر من العلامات المهمة الكثيرة الوجود في سرطان
 المعدة الا انه يولغ في اهميتها التشخيصية في هذا المرض مبالغة خارجة عن
 حدها ويندرنا كل اوعية غليظة عند تفرح السرطان بحيث يحصل نزيف
 غزير جدا ولذا كان وجوده في العرض في الاحوال المشكوك فيها امر يحتمل
 لكون المرض قرحة معدية مزمنة لاسرطانا معديا وهم اعراض السرطان
 المعديّة وجود ورم في القسم الشراسيني الا انه يجب معرفة كون هذا العرض
 يفقد في كثير من الاحوال ومن علم وضع اجزاء المعدة بالنسبة للكبد وقوس
 الاضلاع سهل عليه ادراك ذلك فان سرطان القواد يكاد لا ينتج عنه ورم
 محسوس في القسم الشراسيني ولو بلغ ذلك الورم حجما عظيما كما ان سرطان
 القوس الصغير للمعدة لا ينتج عنه ورم في القسم الشراسيني الا اذا امتد ذلك
 الورم نحو القوس العظيم من هذا العضو ومعظم الاورام السرطانية
 المدركة باللمس يكون مجلسها البواب او اقله الجزء البوابي من المعدة ولكون
 سرطان المعدة يوجد في هذا القسم غالبا فالغالب ايضا في اربعة اجناس جميع
 احوال هذا المرض وجود ورم مدرك باللمس في القسم الشراسيني والظاهر
 ان قول المعلم (هرقل) بالنسبة لوضع المعدة مؤسس على خطأ وبالنسبة

ماقاله من ان طرف المعلقة الخنجرية يكون مقابلا لوسط الجدار المقدم من
المعدة عند الوضع الزفيري من الحجاب الحاجز ويتضح من كتاب المشرح
(لوشكا) المحتوى على الفوائد الكثيرة لكل طبيب على أن الشق العمودى فى
الخط المتوسط من الجسم يقسم المعدة بكيفية بحيث ان خمسة اسادس هذا
العضو تكون موضوعة فى الجهة اليسرى والجزء السادس فى اليمنى بحيث ان
الورم الشاغل للجهة اليسرى من القسم الشراشيفى يكون مجاسه الجزء
لبوابى فى الوضع الطبيعى له وسرطان البواب لا ينتج عنه ايضا ورم محسوس
الامتى سقط الورم ينقله الى اسفل ولا يسقط الا اذا كان غير ملتصق بمحاولة
ومجلس الورم اذ ذلك يكون قريبا من السرة والغالب ان يكون اعلاها وكونه
على يمينها اكثر من كونه على يسارها واذا كان الورم ساقطا الى اسفل فن
الجائر ان يختلط بورم فى المبيض وعظم الورم يختلف فيكون من قدر البيضه
الى حجم قبضة اليد واذا كان عظيما جدا أمكن ان ينتج عنه احيا نابرو زظاهر
فى البطن والسطح الظاهر من هذا الورم يكون غالبا غير مستقر ذات تحديات
فى كثير من الاحوال ويكون منخر كاف يمكن نزوحه وتغير وضعه على حسب
فراغ المعدة وامتلائها وفى احوال أخرى يكون غير منخر ذلك اذا كان
ملتصقا بمحاولة ودرجة حساسية هذا الورم تختلف ايضا وقد يشاهد بدل
هذا الورم المحدود ذى التحديات بوزن مستقر متفاوت الامتداد ومقاومة
فى القسم الشراشيفى وبالقرع على الورم المتسكون من سرطان المعدة يسمع
صوت ذلك القرع غير فارغ بالكيفية وواضح الطبية

وبالبحث الطبيعى يظهر لنا فى احوال المضائق السرطانى البوابى زيادة عن
الورم تعدد فى المعدة وقد شربنا اعراضه عند الكلام على المضائق البوابى
البسيطة واذا كانت المعدة متضايقة وكانت الامعاء فارغة كما هى العادة
توهدت الحالة السفلى من قوس الاضلاع بارزة الى الامام والبطن على
عكس ذلك منخفضا بحيث يحس بالعمود الفقري ونضات الشريان الاورطى
وقد تنوع اعراض سرطان المعدة عقب تولدات سرطانية فى غيرها من
الاعضاء خصوصا الكبد وقد عتد السرطان من العقد الليمفاوية للمعدة
الى العقد الليمفاوية خلف البريتون ومنهم الى العقد الليمفاوية من الحجاب

المنصف الخلفي ومنها الى عقد العنق بحيث يظهر ورم صاب في العقد أعلى
الترقوة يمين على تحقيق التشخيص كما شاهدت ذلك احيانا واما اعراض
سرطان المعدة الهلالي فانها كثيرا ما تنقوع عقب ظهور راسمة قات زقية
في البطن

ثم ان سرطان المعدة يظهر في مدة سيره ازدياد وارتقاء في جميع الاعراض
المذكورة ويندرج حصول فترات فيها تحسن حالة المريض بان تنقاص
الاسلام والقيء وتعود الشهية ثانيا لكن هذه الفترات اذا حصلت لا تطول
مدتها عادة بل تثور بسرعة مكابدات المريض ثانيا وتنفذ الشهية والاسهال
الذي يوجد مع المريض من الابتداء يشهد بتجدد وترداد الخفاقة ازدياد اعظيها
واذا كان التولد المرضي الخبيث سرطانا خفيا قطع سيره في عدة أشهر غالبا
وأما السرطان الاسكبر وسى والهلالي فقد يستمران مدة من السنين

وليس اسرطان المعدة انتهاء الا الموت فحينئذ ما قبل من افه في بعض الاحوال
انتهى بالشقاء مبني على خطأ في التشخيص كأن الصفات التشريحية التي
ذكر فيها مشاهدة أثر التهامية سرطانية لا يعتمد عليها فانه ان شوهد حصول
النسبة الاتهامية تولدات سرطانية جديدة فالمرض لا يكون حينئذ انطفا
بالكلية وان لم توجد هذه التولدات لا يمكن التمييز بين ندبة التهامية سرطانية
وندبة التهامية قرحية والموت يحصل عادة عقب ظهور انهوكة التدريجية
وحيث لا ينضم لذلك حتى فالترجيم عادة في مناطق الى اقرب الانتهاء المحزن
فيبقى المريض جملة أيام على قيد الحياة وفي مثل هذه الحالة يصير اللسان مجرا
فيه ميل للجفاف ويتغطى بمواد جينية ومع ذلك لا يندر ان يظهر عند المريض
قبل الموت بزمان يسير او ذميا واما متوترة في أحد الاطراف وهذا المرض
يتعلق بانسداد في الوريد الفخذي ويدل على ان بقاء الدورة أدى لحصول
تقعدات دموية فيه واقل من ذلك حصول الموت عقب ثقب المعدة وظهور
اعراض التهاب بريوني قتال بسرعة وأندرماد كحصول الموت بازدياد
انهوكة عقب التعريف المعدي الغزير وقد يحصل الموت عقب ظهور
مضاعفات واستحالات سرطانية تابعة تسرع في حصوله

(التشخيص)

يتميز سرطان المعدة عن نزلتها المزمنة سهل جدا في الاحوال التي يوجد فيها ألم
 في القسم الشراسيني وفي متكرر وخروج مادة مسودة شبيهة بدردي
 القهوة محتاطة بمواد التي خصوصا التي فيها يوجد ورم في القسم الشراسيني
 وأما الاحوال الجردة عن هذه الاعراض خصوصا عن الورم الذي يعتريه
 الشهير (الندال) علامة واصفة لسرطان المعدة فالتمييز فيها بين هذين المرضين
 عسر جدا ومن المهم في حل هذه المسئلة من المريض وفيما عد ذلك يمكن
 التمييز بينهما بمراعاة الحالة البنيوية العامة للمريض
 وكذا التمييز بين سرطان المعدة والقرحة المزمنة لها تارة يكون سملا وتارة
 عسر للغاية حتى ان اثنين من مشاهير الاطباء وهما (أبواسر) و (شونلين)
 اختلف رأيهما في حالة مشيئة فقال أحدهما بوجود سرطان في المعدة
 والاخر بوجود قرحة فيها وما ينبغي مراعاته في التشخيص التمييزي هنا
 أمور منها سن المريض فان سرطان المعدة عند الشبان يكاد لا يوجد بالسكينة
 ومنها مدة المرض فان طوله مدة سنين يمنع ان يكون سرطان في المعدة ومنها
 قوى المريض وحالة تغذيته فانهم ما في حالة قروح المعدة لا يتغيران الا قليلا
 ويبطأ وفي سرطان المعدة يكون تغيرهما سريرا وسريعا جدا ومنها صفة
 الآلام فان نوب الآلام المعدية العصبية الحقيقية تعلن بوجود قرحة في
 المعدة أكثر من اعلانها بسرطان ومنها صفة الدم المنقذ مع التي فان
 العادة في تقرح المعدة أن تخرج كمية عظيمة من الدم ولذا لا يكون متغيرا
 الا قليلا وفي سرطان المعدة لا تخرج الا كمية قليلة غالبا على شكل مادة مسودة
 كدردي القهوة ومع ذلك فندشوه في بعض أحوال السرطان المعدية في
 دموى غزير كما شوه في بعض أحوال تقرح المعدة المزمن خروج مادة
 مسودة حميرية شبيهة بدردي القهوة ومنها وجود ورم في القسم الشراسيني
 أو عدمه فالوجود يكاد يثبت وجود سرطان المعدة فان الاحوال التي ينتج
 فيها عن القرحة المعدية المزمنة ورم بسببها كما جدر المعدة وتكونات
 خلوية جديدة في محيطها من النواذر العظيمة جدا كما ان عدم وجود ورم في
 القسم الشراسيني لا يلزم منه عدم وجود سرطان معدية كما ينبغي ان لا ينادى
 فعلى الطبيب أن لا ينادى

ومن النادر الجزم مدة الحياة بقعين شكل السرطان المعدى المصاب به المريض والسرطان الهلامي الذي هو أندر أشكال سرطان المعدة حصوله لا يترجح وجوده الا اذا كان المرض ذا سير بطيء للغاية وظهر في أثناءه استسقام زق ويكاد يجزم بتشخيصه اذا خرج عند بزل البطن قطع سرطانبة ذات تحدبات من الغرب تعرف بالدهس فان لم توجد هذه العلامات فالمرض اما سرطان اسكيري رمي ونفخاى لكن كلما كان سير المرض حادا وكان حجم الورم عظيما ونموه سرهاتر جح ان التولد المرضي الجديد سرطان نفخاى
 * (المعالجة) *

حيث ان المعالجة السميكية والمعالجة المؤسسية على طبيعة المرض لا يتأتى هنا اتمامها فانقتصر على المعالجة العرضية فنقول
 التدبير الغذائى ينظم على حسب القانون الذى يبناه فى معالجة النزله المعدية المزمنة فان أمكن تحميل اللبن فهو أجود غذاء للمصاب بالسرطان المعدى وان لم يمكن تحميله وجب على الطبيب ان يوصى بتعاطى الامراق المركزة وصفار البيض ونحوه من الجواهر المغذية لكن بكميات صغيرة كل مرة وعلى حالة سائلة او متجزئة تجزأ دقيقا خصوصا عند وجود تضاييق فى البواب وان يوصى باستعمال مقدار قليل من النبيذ الاحمر والاعادق ان المرضي تهمله وعند كثرة التكوينات الحمضية يجب استعمال القلويات السكر بونية والاحسن ان تكون على شكل ماء الصودا وكثيرا ما لا تنقر الجواهر المذكورة فلا يمتنع حصول التكوينات الحمضية خفيفة وصاعدة وجود تضاييق فى البواب فيجب فى مثل هذه الحالة استعمال الحبوب التى أوصى بها المعلم (بود) الموجود فى كل حبة منها ربع نقطة أو نصف نقطة من السكر بوزون واما استعمال الطليبة المعدية فنقول فيه ما ذكرناه فى المبحث الثانى وعند وجود امسال مستعصم يؤمر باستعمال حبوب مركبة من الصبر وخلصا الحنظل وباستعمال المسكنات سيما المورفين لاجل مضاربة الآلام والارق
 * (المبحث الثامن فى الانزفة المعدية) *

* (كيفية الظهور والاسباب) *

الانزفة المعدية تنفج عن عدة اسباب منها نزق او عيصة هذا العضو المحفنة

احتمقانا شديدا بدون أن يسبق ذلك تغير في منسوجها ومن النادر أن يشهد
 الاحتقان التواردي الشرياني اشتدادا عظيما يؤدي للتمزق الوعائي ولا يحصل
 ذلك أحيانا إلا عند اضطراب الخبز بقطع النظر عن الانزفة القلبية التي
 نشاهد في التهاب المعدة وكون تضخم يعضة الأتني وانقذافها قد لا يكون
 مرتبطا باحتقان تواردي وأترفة في الرحم بل باحتقان تواردي في غير الرحم
 من الأعضاء أمر محقق وإن كان توجيهه معذرا وأكثر من ذلك مشاهدا
 حصول الانزفة المعدية من احتمقانات احتباسية وريدية في غشاء المعدة
 المخاطي وأعظم هذه الاحتمقانات الوريدية حصولا وأشدّها ما يحصل عند
 ما يجود الدم الوارد إلى الكبدة عاتقا في سيره ولذا تحصل الانزفة المعدية من
 انسداد الوريد الباب بواسطة تعقدات دموية ومن الضغط الواقع على
 تفرعاته عقب انكماش المنسوج الخاوي لهذا العضو كما يحصل في سبب بروز
 الكبدة ومن تعدد المسالك الصفراوية عقب انسداد القناة الكبديّة
 أو الصفراوية ومن انسداد الاوعية الشعرية الكبديّة بواسطة ندف
 بجمعتية كما في الحيات الاجبية الخبيثة كما قاله الشير (فريركس) ومن
 تلاتي الاوعية الشعرية الكبديّة في المرض المعروف بالضمور الأصغر
 للكبد ومن النادر أن يرتقي احتقان الغشاء المخاطي المعدي إلى درجة
 عظيمة جدا عند ما يجود الدم عاتقا في سيره وقت مروره في تجويف الصدر كما
 يشاهد ذلك في امراض الرئتين والبلعوم والقلب والتمور بحيث أن هذا
 الاحتقان المرتقي إلى الدرجة المذكورة يؤدي لحصول تمزق في بعض الاوعية
 الشعرية ومع ذلك فقد شوهد أحيانا في مثل هذه الأحوال انزفة معدية ومن
 هذا القبيل الانزفة التي تشاهد عند بعض المولودين حديثا فإنه يغلب على
 اظن أن هذه الانزفة تتعلق بالتمدد غير التام للرئتين وبالعائق الناتج عن ذلك
 المانع لسريان الدم في الاوعية الشعرية المعدية

ومنها أن تنجم الانزفة عن تمزق في جدار الاوعية المريضة كتمزق بعض العقد
 الدوائية أو اتفاح بعض الاورام الانوريزماوية في تجويف المعدة ونسبة
 النزيف إلى هذه نادرة والغالب أن ينسب هذا النزيف لتغير مرضي في جدار
 الاوعية وإن لم يمكن رؤية ذلك لا بالنظر ولا بالميكروسكوب ومن هذا القبيل

الانزفة التي تشاهد عند الاشخاص أصحاب سوء الفطنة التزيفي والانزفة التي
تحصل عقب الامراض الثقيلة وفي مدة سير الخبيث الصفراء ونحوها من
الامراض الثقيلة والانزفة التي تحصل عن رداءة المعيشة خصوصا التي
تحصل عن عدم اكل اللحوم الحديشة والخضراوات والتزيف حينئذ
يكون أحدى ظواهر المرض المعروف بالاسكوروبوط ولا يجوز في مثل هذه
الاحوال اعتبار التغير المرضي للدم سببا لا واسطيا في التزيف المعدي بل
واسطيا بمعنى ان تغير الدم ينتج عنه أو لا اضطراب في تغذية جدران الاوعية
فتحصل الانزفة

ومنها ان تنفج الانزفة عن تأكل في جدران الاوعية او غيرها من اصاباتها
الطرحية ومن ذلك الانزفة التي تنفج عن القرحة المعدية المزمنة والسرطان
المنويح وهذه تحصل تارة من اوعية شعيرية وتارة من اوعية غليظة والانزفة
التي تنفج عن افتتاح اوعية المعدة عقب تأكل جدرانها بواسطة الكاوي من
الجواهر والاجسام الغريبة المادة والانزفة التي تنفج عن تمزق بعض الاوعية
عقب تآكل صدمة او ضربة على القسم الشراسيفي
(الصفات التشريحية)*

كثيرا ما ينعن ينبوع التزيف في الانزفة المعدية ولو الغزيرة بلا فائدة فان
الغشاء الذي يوجد أحيانا عقب هلاك المريض او بعد غسله باهنا خاليا عن
الدم كبقية اللحم وأحيانا يحصل مع ذلك نزيف شعري في جواهر الغشاء
المخاطي فتوجد فيه اطح من رقة ضاربة الى الحرة او سود محمرة يرشح منها
بالضغط اللطيف اياما وهذا الارتشاح الدموي القاصر على بعض
الاصفار من الغشاء المخاطي يؤدي عادة لحصول لين سطحي وسقوط الاجزاء
الليننة وبهذه الكيفية تتكون التبعاجات سطحية لا تتضح الا بعد زوال
ما عليها من الجزيئات الوية المسمرة الوسخة الملتصقة بها غالبا وهذه
التبعاجات السطحية تسمى بالتسلخات الغريمية ذات عدد عظيم
والواحد منها ذو قطر كبير وشكل مستطيل او مستدير ومجلسها في العادة
أعلى الثنيات المسماة التي تكون في الغشاء المخاطي هذا اذا كان التآكل
مصيبا لوعية غليظة وأما اذا كان مصيبا لوعية غليظة بسبب قرحة

معدية مزمنة أو سرطان معدى أو كان النزيف آتيا من انفجار دوالي أو ورم
أنوريزماوى فإنه يمكن الوصول في كثير من هذه الاحوال الى قسمة الوعاء
المصاب

ثم ان الدم المتراكم في المعدة قد يكون جلطا متماككة مخرقة متى كان هلاك
الشخص عقب النزيف حالا وكان ذا كمية غزيرة وحصل انسكابه فجأة وأما
اذا كان انسكاب الدم بطيئا وبقي في المعدة زمانا طويلا بحيث أمكن ان يؤثر
فيه عصير المعدة ومنحصلا الحصى فان الدم يوجد مسمرا أو سوداوا اذا كان
النزيف قليلا فلا توجد في المعدة الاشرطة متفرقة مودة وندف او مواد
حميدة شبيهة بدردى القهوة

(الاعراض والسيتر)

نزيف المعدة متى كان قليلا الغزارة ولم ينفذ منه شئ بواسطة القيء يختفى
غالبامدة الحياة ولا يعرف فانه يحصل في النزلة المعدية الحادة طبخة المشاهدات
الطبيب (يومن) نزيف قليل في المعدة يندرجدا أن يحصل فيه في من مواد
مخاطية مدمنة كما يندران الانزفة الشعرية التي كثيرا ما تعصب التزلات
المعدية المزمنة والسرطان والقرحة المعدية كما ثبت ذلك في الصفات
القشرية تودى لحصول القيء الدموى ولذا لا تعرف مدة الحياة الا بسدرة
وهناك أحوال يدل فيها اختلاط الدم ولو قليلا بمواد القيء على وجود نزيف
معدى مادام الطبيب محققا أن المريض لم يزد ردد ما قاله القيء الدموى في مثل
هذه الاحوال هو العرض الوحيد للمرض المعدى غالبا وذلك كما يشاهد كل
يوم عند المرضى المصابين بسرطان في المعدة حيث لا تحسن حالتهم ولا تتماقل
عقب في المواد المسودة الشبيهة بدردى القهوة

وأما اذا كان الدم المتسكب في المعدة غزيرا فغالبا ان يسبق القيء الدموى
اعراض مرضية تكون ناشئة عن امتلاء المعدة من جهة ومن فراغ الاوعية
الدموية من جهة أخرى وهى احساس المريض بضغطة في القسم الشراسيفي
بحيث يجعلهم ذلك الى رفع الشياى عن البطن والتضجر والتهوق وامتناع
اللون وصفر التنبض وبرودة الجلد ثم ظهور شرر أمام العينين وطنين في الاذنين
ودوار في الرأس او وقوع في الانغماس وقد شاهدت جرحا حاصدا والدته في مثل

هذه الحالة ظاناً انها مصابة بالسكتة الخفية لكن الاشخاص اقوياء البنية لا توجد عندهم ظواهر الانغماء فتسكون السوابق المرضية فيهم قاصرة على الاحساس بالضغط والامتلاء في القسم الشراسفي

وبعد استقرار التوسع زمنة متفاوتة في الطول مصحوباً باحساس بصعود سائل فاتر في البلعوم غالباً وبطعم حلو أو قه في الفم يحصل في شديديته قد يفبه من القم والانتف مواد دموية سائلة أو متعقدة ذات لون أحمر داكن أو ضارب للسواد يحصل منه للمريض فزع ورعب زائدان عن الحد وكثيراً ما يصل إليه من مواد دموية إلى الخنجرة فتخرج السعال عند المريض بحيث يخرج من المريض في اثنتائه دم أيضاً فيظن فيما بعد أنه أصيب بنفث دموى ولا يدري هل خرج الدم منه بواسطة التيء والسعال ثم يعتب هذا التيء الدموى خروج مواد دموية مع البراز فان كان التزيف غزيراً خرج الدم من الاست بعد برهة قليلة والدم المندفح منه يكون اذئذ متكوناً من مواد سود ضاربة إلى الحمرة كتلية وأما اذا حصل اندفاع الدم الواصل إلى المعى بعد يومين أو ثلاثة من الاست فانه يوجد مستحسلاً إلى مائة مسودة قطرانية ومن الاحوال الاستثنائية خروج الدم المذكوب في المعدة مع البراز بدون ظهور التيء الدموى ولذا اذا حصل لمصاب بقرح معدية منمنة انتفاخ وبهاتة في الوجه وانضح في زمن يسير مع ذلك اعراض تنسب إلى الانزفة الباطنة ويجب على الطبيب ان لا يقرط في رؤية المواد الثقيلة جلة ممرار

ثم ان التزيف المعدي قد ينتج عنه فقد جلة ارطال من الدم في زمن يسير فيعترى المرضى وان كانوا اقوياء البنية انتفاخ عظيم في اللون وبرودة في الجسم وميل للانغماء فاذا انقل عليهم الحال جدا اعتراهم ايضاً تسوّع وسدد في الابصار ودوار عند ارادتهم للجالس او رفع الرأس وانغماء شديداً عند ارادة القيام

والانغماء وان كان عادة من الاعراض المقزعة جداً للمرضى ومن حولهم من لا تهاب ذو تأثير جيد في سير النوبة اذ به يقف التزيف وقتياً فتحصل مساعدة على تكون التعقيدات والسدد الدموية والذي يظهر ان سبب هذا المرض الجليدي يتعلق بهذه الظاهرة غالباً مهما كان القرع الذي يترتب على

رقية المريض وهيمته والواقع انه لا يملك بالتزيف المعدي الاقليل من المرضى
عقب فقد الدموى والاختناق من وصول الدم الى الخنجر والغالب ان
يزول القيء الدموى ويمتنع الدم من البراز شيئا والنقاة تحصل ببطء بعد
ان كانت المرضى الممتعون بالكلية في شهوة عظيمة وبأس من الحياة مدة
طويلة وفي أثناء النقاهة المذكورة تبقى المرضى مضطوي لا فاقدين للشهية
ويتشكون بجشئ منمن وطعم كريه جدا وحيث ان فقد الدم العظيم يستعاض
ابتداء بمصا ص الماء تشاهد المرضى في الاحوال الشديدة في حالة ميوعة
في الدم وفي حالة استسقاءية غالبا لكن هذه تزول فيما بعد ولو ببطء وتشفى
المرضى شفاء تاما

وهناك احوال فيها تم للمرضى من غزارة الدم النازف قبل ان ينقذ من
الاعلى او من الاسفل ويتصور حصول ذلك متى سقط مريض خفاة وهالك
باعتراض الانزفة الباطنية وكان مصابا من قبل باعراض القرحة المعديّة
الزمنية او السرطان المعدي

(التشخيص)

حيث ان المريض المصاب بالنفث الدموى يعتبر به مع ذلك تقاير او المصاب
بالقيء الدموى يعتبر به مع ما ذكره من كثره في كثير من الاحوال يتميز كون
مرضه نزيفيا معديا او رئويا او شعبيا خصوصا اذا كان الطبيب وقت الاصابة
غير حاضرا وكان الغرض معرفة نزيف حصل من قبل بعدة سنين والتشخيص
التمييزى يلقى هنا على أمور

منها صفات الدم المنقذ فان الدم الخارج بالقيء يكون في غالب الاحوال
داكنا مسودا كليا مختلطا ببقايا المطعومات والبرص الدموى الناجع عنه
غير المختوي على نقاع هو انية يكون ذاتقل نوعي، تزايد وخواص حمضية
احيانا بسبب تأثير العصير المعدي فيه وأما الدم الآتى من الرئتين او الشعب
فليس يكون بعكس ذلك أحرنا صاعرا غويا مختلطا بمواد مخاطية غير منعقد في
الابتداء ثم متى انقعدت تكون منه قرص دموى كان هذا القرص محتويا على
نقايع هو انية ذاتقل نوعي خفيف وخواص قلوية دائما وبعلم الطبيب مع
ذلك ان الدم الذى لم يكت في المعدة الا زمنا يسيرا بحيث لا يؤثر فيه العصير

المعدى الاقرب لا قد يكون أحمر فانيا كما ان الدم في النفث الدموى كثيرا ما يكون نحو انهما سير المرض ذاقطع صغيرة مسودة ومنها ان الدموى يسبقه في أغلب الاحوال آلام هدية وغيرها من بقية اعراض التقرح او السرطان المعدى او علامات احتقان في كافة اعضاء البطن في الاحوال النادرة التى فيها يكون النزيف ناتجا عن احتقان احتشامى او بواردى واما النفث الدموى فيكون عكس ذلك مسبوقا باضطراب في اعضاء التنفس والدورة غالباً ومنها ان ذا الادخال من المرضى يتفسر له الاخبار بان الدموى لذى حصل ابتداء ثم انضم اليه السعال الدموى ونج عنه ومنها ان القرع والغثيان والقيء هو الذى اعقب السعال الدموى ونج عنه ومنها ان القرع على القسم الشراسيبي في القيء الدموى يدل في الغالب على امتلاء المعدة بخلاف البحث الطبيعى بالقرع على الصدر والسمع فلا يدلان على تغير فيها واما السعال الدموى فالقرع فيه على القسم الشراسيبي لا يكسب صوتاً اصم وبالسمع على الصدر تسمع خراخرا واضحة هذا اذا لم توجد غير هذه العلامة من اعراض الصدر ومنها ان القيء الدموى يعقبه في اليوم التالى على الدوام برازات مدعمة واما السعال الدموى فيعقبه عوض ذلك نفث مخاطى مدم ثم انه لا يعرف من صفة الدم المنفذ بالقيء او البراز كونه ناشئاً حقيقة من المعدة أولاً وانما يصل اليها بالازدراد فينبغى في مثل هذه الاحوال المشكوك فيها سيما القيء الدموى الذى يزعم المريض وجوده في الصباح عند البقطة من النوم البحث عن الانف والبلعوم بالدقة والسؤال من المريض هل كان عنده في اليوم السابق على يوم حصول القيء الدموى رعاف أولاً والبحث بالدقة عن السوابق المرضية قد يوصل الى الوقوف على الحقيقة سيما في الاحوال التى فيها يتوقع حصول الغش والدعوى الكاذبة كما يقع من أصحاب البهتان والتحصيل فان عادتهم أن يبالغوا في وصف الاعراض التى سبقت القيء الدموى المدعى عمداً وبمجاورتهم والتأمل في اقوالهم المتنافية يمكن الوقوف على الحقيقة

واما كون المواد الخارجة بالقيء من الدم حقيقة او بما يشبهه فعرفته مهله غالباً وان اختلط الحمال في بعض الاحيان على بعض الاطباء فاختلطت حيث

اعتماد الشوربة المصنوعة من ثمر الكر زدم فان الكرات الدموية تسهل معرفة بالميكروسكوب وان كانت في المواد المسودة الشبيهة بدردي القهوة التي فيها هذه الكرات تكون متكرشة ويندران بلتجا إلى البعث الكيماوي في اثبات وجود الحديد في المواد المسودة ومعرفة كونه ليست الا دما متغيرا

ومما يسهل معرفته كون التزيف المعدي متعلقا بتأكل في اوعية غليظة او بقرق في اوعية دقيقة شعرية فانه بقطع النظر عن غزارة التزيف في الحالة الاولى دون الثانية اذا اعتبرت السوابق المرضية كنت في الوقوف على حقيقة الامر فحي كان التزيف المعدي مسبوقا بالام معدية شديدة وتقابق مزمن ونحو ذلك من علامات التقرح المعدي دل ذلك على تأكل وعاء غليظ كما هو السبب الكثير الحصول في الانزفة المعدية واذا ظهر عند المريض قبل التي الدموى استسقاء زقي وعظم في حجم الطحال ونحو ذلك من علامات الاحتقان الاحتباسي في مجموع الوريد الباب غلب على الظن ان التزيف من اوعية دقيقة شعرية صغيرة متعلقة باحتقان وريدي تفه قري ومتى حصل التزيف في أحوال قطع الطمث على طر زمنتظم بان كان يظهر كل أربعة اسابيع تعين انه ناتج عن احتقان قوى تواردي نحو المعدة

* (تنبيه) * عندى من مشاهداتى ما يثبت حقيقة هذا الامر اعنى حصول الاحتقان التواردي الشرياني في الغشاء المخاطي المعدي والتي الدموى تبعا لذلك في اثناء زمن الحيض وهي أن شابة جميدة التمسها نحو ٢٧ سنة يحصل لها في اثناء كل حيضة قى دموى معصوب بالام معدية شديدة يستمر تكرره عدة أيام ثم يقطع بدون ان يترك ادنى اثر وفي اثناء ذلك لم يشاهد مطلقا خروج الحيض وقد تردد نوبة التي الدموى مع الالام المعدية الشديدة والانغماس ونحو ذلك تارة بقوة وتارة بخرقة وهذه الشابة تحت مشاهدتى من نحو احدى عشرة سنة ولم تزل تتردد هذه الظاهرة كل أربعة اسابيع تقريبا

واذا حصل التزيف المعدي مدة سبب الحصى الصفراء او الاسكوروبوط او نحوها من امراض التهوكة تعين انه ناتج عن تغير غذائى في جدر الاوعية

* (الحكم على العاقبة) *

قد ذكرنا فيما تقدم أن من النادر هلاك المريض بالزيف المعدي وأنه ينبغي الحكم بالسلامة وإن كان لون المريض ممتعا جدا واستطالت نوب انغمائه وإن من المشكوك فيه كون الزيف المعدي في أحوال خاصة ذات تأثير جيد في المرض الأصلي الناتج عنه ذلك الزيف خصوصا القرحة المعدية فإن المصاب بها قد يوجد بعد زوال فقد الدموى ممتعا بصحة أجود من صحته التي كان عليها سابقا وما ذاك إلا لشدة احتراسه في التدبير الغذاء في عقب حصول القزع وقت حصول نوبة الزيف والزيف المعدي النسائي عن احتقان قهقهري قد يكون ذاتا تأثيرا في بقية أعراض الامتلاء الدموى البطني وأما الزيف المعدي الذي يصعب الاسكوروبوط أو يحرقه من الأمراض الضعيفة فهو مضاعفة غير جيدة دائما

* (المعالجة) *

المعالجة الواقية والسببية في هذا المرض ترجع إلى معالجة المرض الأصلي في وجد عند المريض المصاب بسيروز الكبد أو تحو من اضطرابات الدورة أعراض سابقة تنذر بحصول زيف معدي ساغ إرسال العلق على الاستمع النجاح كما يسوغ إرسال العلق على فم الرحم زمنا فزما عند النساء المصابات بانقطاع الطمث وزيف معدي دوري

وأما معالجة المرض نفسه فتستدعي في الأحوال التي يكون فيها الزيف المعدي متعلقا بتمزق في الأوعية الدقيقة الشعرية استعمال وسائط لطيفة دون الأحوال التي فيها يكون هذا الزيف متعلقا بآفة كل في أوعية غليظة وقد أوصى الطبيب (باكش) في هذه الحالة الأخيرة بالقصد حال ابتداء الزيف ليكن هذه الطريقة قليلة النجاح وإذا لم تنجح زادت المرضى خطرا فالحتم استعمال محجم الطبيب (بوندي) لكن لا يستعمل إلا إذا كان الزيف لا ينتج عنه انغماء فإن كان ينتج عنه ذلك فاستعمال هذا المحجم الجاذب للدم خطر إذ هو كاف في حدوث الانغماء وحده ولو عند أقوياء البنية وأقوى الوسائط في الزيف المعدي استعمال البرودة فيؤمر للمريض بتعاطي كمية قليلة من

الماء البارد والجليدي زماناً فزمناً أو يعطى له قطعة صغيرة من الجليد يتحللها
ويزودها ثم تغطى القسم الشراسبي بحكمادات باردة أو جليدية تغير بسرعة
والجوهر المعدة لا يقاوم التزييف لا تعمل دائماً بل كثيراً ما يتقايأها
المريض واكثر ما يستعمل من ذلك الجرعة المحضية الكبرى بنية او محلول
الشب خصوصاً المصنوع على شكل مصل اللبن الذي يقال له مصل اللبن
الشبوي ينبغي ان لا يعطى من هذه الادوية الامقصة ارضع في كل مرة مع
وضعه في الجليد واما خللات الرصاص وكبريتات الحديد والارجوتين فلا
حاجة لها

واما المالجة العرضية فتستدعى ملاحظة الانغماء فينبغي وضع المريض
وضعا أفقيا في الفراش ويمنع من التوجه الى المرحاض وعند التبرز
توضع له القصارى فان حصل مع ذلك انغماء وجب تشييقه بماء المذكرة او روح
الزوشادر و يرش على وجهه الماء البارد وينبغي الاحتراس في استعمال
المنعشات واجودها استعمال نبيذ الشبانيا البارد لانه لا يوقظ حركة
التي كبقية المنعشات واتباع الاعراض للمريض المبل الدائم للتي الذي
يجب نوب الانغماء او الذي يفتح عن الدم المحتوى عليه المعدة وينبغي في
مضاربه الاحتراس من استعمال الخدرات والاجود استعمال الان
توضع اللج الخردلية على قسم المعدة وتعطى المسحوقات الغازية محمولة في
الماء ملعقة فلعقة وقد حصل الالبصاء استعمال الحقن والمسهلات الخفيفة
المرطبة ترطيبا عاما في هذا المرض من منذ ان نص الشهر (فرنك) على
وجوب استعمالها حيث قال انه ينبغي استعمال المليينات في التزييف المعدي
خوفا من ان التزييف الخفيف في الامعاء ينتج عنه حيمات عقيمة لكن قد دلت
التجارب على ان المسهلات ولو حقنا مضمرة في الايام الاولى من حصول
التزييف المعدي

(المبحث التاسع)

(في التشخيص المعدي والام المعدي العصبي)

(كيفية الظهور والاسباب)

الام المعدي العصبي عبارة عن آفة معدية مؤلمة غير متعلقة بتغير جوهري

مدرك في المعدة وقد قسمه الشهير (رومبرغ) الى شكلين احدهما ناتج عن ثوران في حساسية العصب المتحير والاخر ناتج عن ثوران في حساسية الضفيرة الشمسية ويسمى الاول بالآلام العصبية المعدية فقط والثاني بالآلام العصبية البطيئة يمكن هذا التقسيم غير مجد في الطب العملي اذ لا يتيسر معرفة كون الياف العصب المتحير او الضفيرة الشمسية مجسدا للآلام وقال الطبيب (هينوك) ان هذا التقسيم وان امكن عقلا لا يتيسر تحقيقه في الطب العملي

ثم ان الآلام العصبية المعدية كثيرة اما يشاهد كثير من الآلام العصبية عند الأشخاص الانبياء بين اي قلب الى الدم ومتى زالت الانبياء واسطة الاستحضارات الحديدية عند الشابات المصابات بالخلاووز الالاقى يكون عندهن نوب الآلام المعدية العصبية المتفاوتة الشدة من الظواهر الملزمة لهذه الحالة زالت ايضا الآلام المعدية العصبية ولومع بقاء انقطاع الطمث ومتى عاد الخلاووز لكونه كثيرا النكسات تزداد نوب الآلام المعدية العصبية ايضا وهذا اقوى دليل على ان نوب الآلام العصبية متعلقة فقط بالانبياء الدموية وليست كآلام العصبية الاستيرية المتعلقة بمرض اعضاء التناسل ومن قبيل الآلام المعدية العصبية الناتجة عن الانبياء الآلام المعدية العصبية التي لا تدر مشاهدتهم عند المصابين بالسل الرئوي والناقهين والمتهوكين من جلد عميرة (الاستمعاء بالكف)

وكثيرا ما تنتج الآلام المعدية العصبية عن امراض الرحم كتحول هذا العضو وانحنائه والتهاباته المزمنة وقرح عنقه النزلية والجوافية او عن امراض المبيضين فان هذه الآلام المعدية العصبية من الاعراض الكثيرة الحصول في الاستيريا الرجعية وارتباط المرض الذي نحن بصدد اى التشنج المعدى بامراض اعضاء التناسل الانثوية يكثر وضوحه في الاحوال التي فيها لا تحصل النوب الامدة الطمث واقله انهم اتردد مدته ازدياد اعظما جدا وقد شاهدت امرأة كانت مصابة بانقطاع الطمث وانقلاب الرحم الى الخلف مع تقرحات نزلية في عنق هذا العضو فكانت نوب الآلام المعدية العصبية تتردد عندها مع الانتظام كل اربعة اسابيع وتستمر النوبة مدة ثلاثة ايام وما كانت تحصل

في زمن الفترات الاعند ارسال العلق على عنق الرحم
وقد تكون الآلام المعدية العصبية متعلقة بامراض في الخناخ الشوكي
او الدماغ ويظهر أن التغيرات المادية للعصب المنعرج او العظم السحباتوي
كاستفاخ غدها والاورام الضاغطة عليهما ينتج عن الآلام عصبية معدية قياسا
على ما يحصل في غيرها من الآلام العصبية غير المعدية وان لم يمكن اثبات ذلك
على الدوام بالمشاهدات التشريحية الدقيقة
وقد تتعلق الآلام المعدية العصبية بالديسكرازيات المختلفة اى سوء القنينة
المختلف اذ من الجائز ان تسخم الدم بالتصعدات الارجية يحدث نوب آلام
معدية عصبية بدل ان يحدث نوب حصى متقطعة كما انها قد تتعلق بالاصابات
النقرسية تنبه على ذلك مع التأكيد الشهير (رومبرغ) فانه اعترافه نوب
شديدة من هذا المرض عند حصول اول نوبة نقرسية
وقد لا يمكن معرفة السبب الاصلى للآلام المعدية العصبية الممتدة بجملة سنين
لامدة الحياة ولا بعد الموت في الصفة التشريحية
ومن جملة الآلام المعدية العصبية نوب آلام المعدية التي تنتج بكثرة عن
بعض مخصصات المعدة بدون تغير مادي في منسوجها وهذه ينطبق عليها
التعريف الذي ذكرناه ومن هذا القبيل نوب الآلام المعدية العصبية التي
نتج من ازدياد في التسكرات الحضية للمعدة ومن وصول الديدان الاسطوانية
اليها ومن تعاطى بعض الجواهر الدوائية ومن شرب الماء البارد دفعة احياها
ونحو ذلك من الاسباب

* (الاعراض والسير) *

الآلام المعدية العصبية تتميز ببقية الآلام العصبية عن غيره من الامراض بسيره
الدوري بمعنى ان يعقب الفترات التي بين نوب الآلام نوب شديدة بالغة
الغاية قد تكون منتظمة الطرز بمعنى انها تحصل في ساعات معينة من النهار او
في كل يومين او ثلاثة وقد وصف الشهير (رومبرغ) نوبة الآلام المعدية العصبية
بكمية مختصرة قال ان المريض يصاب فجأة وبعد ان يحس بضيق في القسم
الشراسبي بالمشديد ممزق في حفرة المعدة عند عادة فتحوا الظهور ويصطب
باحساس باغماء وتآلم في السهنة وبرودة في الاطراف ونبض صغير متقطع

ثم يرتقى هذا الألم في الشدة ارتفاعاً عظيماً بحيث تصرخ منه المريض وقسم المعدة تارة يكون منتفخاً انتفاخاً متوتراً كرياً وتارة وهو الغالب يكون منقبضاً مع توتر في جدار البطن وكثيراً ما يحس حينئذ نبضات شريانية في القسم الشراسيفي والمريض يتحمل الضغط على قسم المعدة بل قد يستند قسم المعدة بقوة إلى جسم صلب أو يضغط عليه بيديه وقد توجد بكثرة في أثناء هذه النوبات احساسات مؤلمة في تجويف الصدر وأسفل القصص أو في القروغ البلعومية للعصب المتخبر وأما وجود احساسات مؤلمة في الظاهر فنادر

ثم إن النوبة تتقدم دقائق إلى نصف ساعة ثم يأخذ الألم في التناقص تدريجاً ويحافظه انحناء عظيم في قوى المريض وقد ينزل دفعة عقب تجشئ غازي أو قلس أو قيء أو عرق خفيف أو بول سحج

وقد يشاهد خلاف هذه النوب القليلة من الألم المعدي العصبي بكثرة نوب خفيفة من آلام معدية عصبية مغايرة لهذه متفاوتة الشدة ومتعاقبة كذلك بغير ان خالية عن الألم لا تزداد بالضغط من الظاهر ولا بإدخال المطعومات بل تناقص بذلك وتكون أيضاً مصحوبة باحساسات مؤلمة في الصدر والظهر وحركات انعكاسية في عضلات البطن ونحوها وهذه النوب قليلة ثقلها لا يوجد فيها احساس بالانغصاء ولا تمديد بقصد الحماية وقد سماها الشهير (رومبرغ) بالآلام العصب المتخبر تمييزاً لها عن الآلام العصبية المعدية للضغطة الشعبية

(التشخيص)

صفة الألم وحدها لا يعتمد عليها في التمييز بين نوب الآلام المعدية التي تصحب القرحة المعدية والنوبة التي تطرأ في الآلام المعدية العصبية لاعتصاب المعدة فإننا نشاهد في الأولى امتداد الألم وتشعبه نحو الظهر والصدر وانحناءه عقب التجشئ أو القيء أو القلس وتأثيره الخجولي على سائر وظائف جسم المريض كما نشاهد ذلك في الثانية ومن المهم في التمييز بين هاتين الحالتين أن تراعى أمور

منها أن الآلام التي تظهر في القرحة المعدية تزداد غالباً عقب الضغط من

الظاهر وعقب ادخال المطعومات عكس ما يحصل في الآلام المعدية العصبية فان كلاً من الضغط من الظاهر وادخال المطعومات ينتج عنه تلطيف فيها في الغالب ومنها انه يوجد في القرحة المعدية المزمومة مدة الفترة طواهر فساد الهضم ونحوها من علامات اضطراب هذه الوظيفة وأما الآلام المعدية العصبية فلا توجد فيها هذه الظواهر وعلى هذا لا تضطرب التغذية العامة فيها الا قليلا بل قد توجد المرضى في صحة جيدة واضحة ما لم يكن سبب الآلام المعدية العصبية الانيميا ومنها ما يرجح ان المريض ذو طبيعة عصبية وجود انقطاع الطمث والتزيف الرجي او عدم العلق او نحوها من الاعراض التي تدل على مرض في اعضاء التناسل او وجود الخلل لوروز الواضح الا انه لا يعتمد على ذلك كل الاعتماد حيث ان المصاب بمرض من هذه الامراض كثير ما توجد عنده القرحة المعدية ايضا ومنها ان وجود امراض عصبية في اعضاء غير المعدة يرجح أن نوب الآلام المعدية من طبيعة عصبية ومنها ان التشنج المعدى قد يحدث بدون اسباب معلومة ويطرأ غالبا عند فراغ المعدة وأما نوب الآلام المعدية في القرحة المعدية فخصولها يكون غالباً عقب الاكل

(الحكم على العاقبة)

الآلام المعدية العصبية المتعلقة بالانيميا جيدة العاقبة ما لم تكن الانيميا ناتجة عن سرطان او درن او نحوه من الامراض الثقيلة العضالية والآلام المعدية العصبية المتعلقة بامراض الرحم تزول عقب زوال المرض الاصلى عادة ان كان للصناعة حيلة في الوصول اليه ومعالجته وكذا الآلام المعدية العصبية الناشئة عن مؤثرات اجسية والمرتبطة بانتهابات مفصلية عاقبتها جيدة ايضا وأما الآلام المعدية العصبية المتعلقة بامراض في الدماغ او النخاع والتي اسبابها مجهولة فمعالجتها تسكد لا تنفرد

(المعالجة)

اما المعالجة السببية فتستدعى عند الاشخاص الانيميا وبين والخلل ووزيات المبادرة باستعمال المركبات الحديدية مع الاقدام ومن الخطا البين والاعتقاد الفاسد في معالجة الخلل ورتأخير استعمال المركبات الحديدية الى أن تصير

المعدة قوية على تحملها أى الد أن تزول ظواهر فساد الهضم ونوب الآلام
 المعدية العصبية فان ظواهر اضطراب الهضم والآلام المعدية العصبية
 لا تزول بسرعة الا عقب استعمال الجوهر الدوائى المصلح تركيب الدم وصفاته
 الى الحديد او مر كاته ومن الناجح فى مثل هذه الاحوال المياه المعدنية
 الحديدية كالمعالجة فى حمام برونز ودرميرغ وكودووا وأجود المربكات
 الحديدية كربونات الحديد السكرى وأجود تركيب فى ذلك محبوب باود
 (وايراجع تركيبها فى معالجة الطوروز) وأما الآلام المعدية العصبية
 لا يتبرية فتستدعى معالجتها السببية ارسال العلق على عنق الرحم او حتى
 لقروح الموجودة فيه بالجرا الجهنى او نحو ذلك مما سئذ كره فى امراض هذا
 لعضو من الوسايط العلاجية فانها ناجحة للغاية فى مثل هذه الاحوال
 واما الآلام المعدية العصبية الناتجة عن التسممات الاجينية وعن النقرس
 فتستدعى معالجتها السببية كذلك معالجة المرض الاصلى

واما معالجة المرض نفسه فتستدعى استعمال الخدرات وافضلها اخلات
 المورفين فهى افضل من خلاصة البنج والبلادونا الممدوحين ايضا فى هذا
 المرض والعادة ان ينضم الى استعمال هذه الجواهر استعمال الجوهر
 المضاد للتشنج سبالوارياناى حشيشة الهروا الحاميت والكستور يوم اى
 المستر وقد اوصى المتأخرون باستعمال مركب مصنوع من صبغة الجوز
 المقهى وصبغة الكستور يوم اجزاء متساوية فيعطى منه مدة الزوبة مقدار
 اثنتى عشرة نقطة كما اوصى ايضا باستعمال وسايط دوائية معدنية كتحت
 تترات البرنوت وتترات الفضة وايدروسيلانات الزنك لكن حيث ان هذه
 لا تستعمل وحدها بل منضمة الى الخدرات يكون تأثيرها الجيد مشكوكا
 فيه وقد اوصى الشهير (روميرغ) لاجل مساعدة معالجة هذا المرض
 بتغطية قسم المعدة بلصقة من البلادونا ومن (الجلباتوم) اى الصغغ
 الراتنجى او بذلك هذا القسم مخلوط مركب من اوقية من مخلوط ريتى
 بالمسحى ودرهمين من صبغة لافيون

(تنبيه) قد شاهدت حصول التمرة العظمى فى ايقاف نوب التشنج المعدى من
 استعمال محلول املاح المورفين حقنا تحت الجلد فانى وجدته فى تسكين

الآلام المعدية اقوى وامر ع من استعمال هذا الجوهر الدوائى من الباطن
كما انه يستعمل بنجاح فى هذا المرض المورفين مزوجا بالماتيز بالمكلسة
والبزوت على هيئة سفوف وايضا قد مدح فى هذا العصر الاخير مرور
البالتسيوم بمقدار جرام منه او جرامين كل يوم وعند اضطراب هذا المرض
بالانغماء المعروف بالدوار المعدى ينبغى ان تستعمل الجواهر الدوائية المؤنة
كغثيب المرو ونحوه والمياه القلوية

• (المبحث العاشر) •

(فى الديسبسيا)

الديسبسيا كلمة يونانية مركبة من دس ويسمى اي سوء الهضم او فساد
وطا الماذ كرنا فى المباحث السابقة فطواهر سوء الهضم اي ظواهر اضطراب
الهضم يمكن عقدها هنا مجتمعا خصوصا وليس الغرض منه الا التسكلم على
اضطراب الهضم الذى يحصل بدون تغيرات مادية مدركة فى منسوج المعدة
واشكال سوء الهضم المختلفة يمكن تقسيمها الى قسمين

الاول ان يكون ناتجا عن تغير غير طبيعى فى خواص العصير المعدى

والثانى ان يكون ناتجا عن ضعف فى حر كات المعدة يقتضى ان المطعومات
لا تختلط بالعصير المعدى اختلاطا كافيا وحيث ان لا عصاب ليس لها تأثير
فى الهضم لانه ظاهرة كيمياوية محضة سوى كونها تنوع افرادها العصير
المعدى او حر كات هذا العضو فلا تسكلم على سوء الهضم العصبي الا من هذه
الخيئية فتقول التغير غير الطبيعى فى خواص العصير المعدى اما ان ينتج عن
تغير فى صفات هذا العصير واما عن تغير فى كميته فاما تغير الصفات فلا نعلم منه
لا بسبب جدا كالتغير الحادث عن عدم تناسب بعض اجزائه الطبيعية مع
البعض الاخر كتناقص حمض العصير المعدى بالنسبة لغيره من اجزاء هذا
العصير فانه يضعف خاصية اذابتة للعناصر الأولية من الجواهر الغذائية
وكاختلاطه بجواهر غريبة كما ثبت ذلك عند حصول التسمم البولى فان
ذلات العصير وجد مختلطا بالبولى ناعدا احتباس البول وكثير هذا العصير
باسباب مختلفة يفقد بعض اجزائه وتعرض بعض اجزائه اخرى
والاعراض التى تنشأ عن تغير فى صفات العصير المعدى مجهولة لنا بالكلىة

كان الوسائط التي يعالج بها الاحوال المذكورة غير معروفة لنا ايضا
 واما تغيرات العصير المعدي بالنسبة لكميته فهي تناقص تكونت العصير
 المعدي اوقلة تركزه والاحوال المرضية الماشئة عنهم تسمى خطا بؤ
 الهضم الضعفي وقد ذكرنا في الكلام على اسباب النزلة المعدي ان تناقص
 وراز العصير المعدي اوقلة تركزه اي وقته يوجدان عند الاشخاص القليلي
 لدم اي الانيميا وبين والشابات المصابات بانحلال ورو بينهما ان هذا
 الغير غير الطبيعي يزيد في الامة هذا الاصابة بالنزلة المعدي بسبب سهولة
 فساد المطعومات ونحوها وان تمحص الامتصاصات ثم يجرى في الغشاء
 المخاطي المعدي ونذ كرهنا زيادة على ما سبق انه لا يحصل مرض في الغشاء
 المخاطي المعدي في جميع الاحوال التي فيها يجرى المطعومات فساد ويحذر
 وانه ينبغي تغيير الاحوال التي فيها يبقى الغشاء لم يور لم يعالج من الاحوال
 التي فيها يصير ذلك الغشاء مريضا وواقع ان الاعراض التي تنتج عن تناقص
 وراز العصير المعدي ذات مشابهة عظيمة للاعراض التي تشاهد في العرلة
 المعدي بل واقرحه المعدي المزمنة اذ في هذا الشكل من سوء الهضم تكون
 لهمة متناقصة او يعقبها طي القليل من المطعومات احساس باناسع
 وبمه ايضا يحصل اتفاخ في القسم الشراسبي عقب الاكل فيعقب كل ذلك
 تجشؤ وغازات او قل من غازات او وائل حمضية زخخة والمرضى يتشكي
 بفراق في البطن وتكون في حالة كآبة وضجر وبقطع النظر عن الالام
 لعصبية الفؤاديه التي تشاهد عند الانيميا وبين والخلا ووزيات يمكن ان
 يحصل من ازدياد تكون الحمض في العصير المعدي الالام تقلصية في القسم
 المعدي (قد شاهد المعلم فرير كس في المواد المنقذة بالقي عند الخلو ووزيات
 كمية من حمض الحامض ومقدار اعظم من فطر التخمير) وفي مثل هذه الاحوال
 يقع الاشتباه فيظن ان المريض مصاب بقرحه معدي مزمنة واعلم ان
 تشخيص شكل سوء الهضم الذي نحن بصدده مؤسس على معرفة الاسباب
 ففي انضمت العلامات المذكورة في الشابات المصابات بانحلال ورو وروهن
 في زمن النمو وعند الاشخاص المنهوكين من الافراط في الشهوات سيما جلد
 عمرة او من الحزن المستطيل او المجهودات الشاقة او السهر الكثير او زمن

التفاحة من امراض ثقيلة مستطيلة واممكن اثبات وجود اضطراب
التغذية قبل اضطراب الهضم دل ذلك على وجود سوء الهضم الضعفي لاعلى
تغير مادي في المعدة ويعقد في التشخيص ايضا على هيئة اللسان فانه في النزلة
المعدية يكاد يكون دائما متغظيا ومعه علامات النزلة القمية بخلاف هيئته
في احوال سوء الهضم المذكور عند الاشخاص الانبيارين فانه يكون
نظيفا وطعم الفم غير متغير والنفس غير كريه الرائحة ويمكن في كثير من
الاحوال معرفة التشخيص بأن الجواهر المهيجة والمتبلة بالاغذية التي تزيد
في مكابدة المريض المصاب بالنزلة المعدية المزمنة او بقرحة معدية يهملها
المريض اذا كان مصابا بسوء الهضم الضعفي ويحصل له تحسين عظيم في
الجواهر المصاحبة لهذا المرض

وبحصول زيادة عن ذلك في سوء الهضم الناشئ عن الانبياء والايدي عيان نجاح
عظيم جدا من تحسين التغذية واعطاء المركبات الحديدية واستعمال
الحامات البخرية مع أن هذه الجواهر ليس لها الا تأثير قليل جدا في سير النزلة
المعدية المزمنة والقرحة المعدية وفي بعض احوال من هذا القبيل سيما التي
فيها يكون سوء الهضم مرتبطا بتهيج عظيم وزيادة حساسية في المعدة يحصل
نجاح عظيم من استعمال الادوية النباتية المرة المعوية لاسيما الخشب المر
وحشيشة الديسار ومن المنبهم علمنا تاثير هذه الجواهر في الغشاء المخاطي
المعدى وكذا تاثيرها الجيد في احوال سوء الهضم فان هذه الجواهر الدوائية
وان كانت لها تاثير مهم في اعصاب الذوق الا أنم الا تاثير لها اصل عند وضعها
على باقي الأغشية المخاطية من الجسم والجلد الظاهر ويستعمل الخشب المر
منقوعا باردا بالتعطين وذلك ان يوضع من هذا الخشب بعد تجزئته جيدا قدر
ملعقة وقت المساء في كوب ماء ويترك منقوعا فيه مدة الليل ثم يشرب صباحا
على الريق بعد تصفيتها او يشرب الماء الموضوع في كوبه مصفوعة من
الخشب المر بعد تركه فيها مدة من الزمن حتى يحصل بخواص هذا الجوهر
الدوائي المر واما حشيشة الديسار فالغالب استعمالها على شكل البوز
لبا فيرة نسبة لبلاد البافيرا المستعملة بكثرة بشرط ان يكون اخذها من
معمل بوزة جيدة بحيث لا يوضع بدلها جواهر اخرى مضره عوضا عنها وقد

شاهدت منه قوة عظيمة في سوء الهضم ذي الشكل التيجي من استعمال
خلاصة الشعير النابت بل واحيانا كان هذا الجوهر الدواني الغذائي هو
الوحيد الذي كانت تعمله المعدة ومن الجائز ان الجوز الملقى المدوح ايضا
في مثل هذه الاحوال يؤثر جيدا بسبب مرارته والمستعمل منه في احوال
سوء الهضم خلاصته المائية من نصف قعقة الى قعقة في كل مرة وكذا خلاصته
الكوبلية من ربع قعقة الى نصف قعقة وصبعته من عشر نقط الى اثني عشرة
نقطة

وقد شوهد ايضا التناقض في افراز العصير المعدي والاعراض التابعة له عند
الاشخاص الذين ضعفت عندهم حساسية الغشاء المخاطي المعدي لاعتيادهم
على مهيجات قوية متى تغيرت معيشتهم وتناولوا اغذية غير متبيلة بالافاويه
تتبعها قويا ولا يصح انكار تعود الاعضاء على المهيجات الشديدة ولو ان توجيهه
ذلك عسر نعم يمكن تشبيه الغشاء المخاطي المعدي في الاشخاص المعتادين
على تعاطي كمية عظيمة من القلقل والخردل او مماثل ذلك من الافاويه
القوية بالغشاء المخاطي الانفي لمعتاد الشوق فان قوامه ولونه لالمن لم
يتمد يدورث عندهم كاعتباس انعكاسية قوية دون من اعتاده فانه
لا يحصل له ذلك وان ما زاد انفع منه فكذا افراز العصير المعدي ينبغي اعتباره
طاهرة انعكاسية ناتجة عن التيج الذي تحدثه المطعومات في الغشاء المخاطي
المعدي فعند الاشخاص الذين نحن بصددهم لا يكفي التيج الذي تحدثه
لمطعومات الاعتيادية في الغشاء المخاطي المعدي في افراز كمية وافرة كافية
من العصير المعدي فيبقى جزء من المطعومات غير منضم فيفسد وحينئذ
تشاهد جميع الاعراض التي شرناها انفا فاذا دخلت المطعومات مع كمية
عظيمة من الافاويه حصل للمريض من ذلك راحة عظيمة فتقوى تغذيته
وحينئذ لا يجوز اننا لن نعلم بأن المريض مصاب بنزلة معدية او غير هامة
تغيرت هذا العضو المسادية الا اذا حصلت اعراض اخرى تدل على ان المعدة
لم تحصل تكررها هذه المهيجات بدون ضرر وينبغي الاحتراز الزائد في
معالجة مثل هؤلاء الاشخاص فلا يسمح لهم بالاستمرار على عوائدهم المضرة
لكي لا يجهون عنها الا بالتدريج فالمرحومين القاعدين فكأن عذ

المرضى بسهولة نزلات معدية ونحوها من امراض المعدة
والجواهر المعدنية الممدوحة بكثرة في هذا الشكل من سوء الهضم المسمى ايضا
بسوء الهضم الضعفي هي الراوند وعطى اما مسحوقا او حبوبا او صبغة مائية
خصوصا النيذية والاولى تعطى معلقة فمعلقة والثانية تعطى من ٢٠ نقطة
الى ٣٠ وكذا عرق الذهب الذي مدحه العلماء الانكليز بكثرة في هذا الشكل
ايضا فيعطى منهم من ربع فحمة الى نصف فحمة كل مرة وكذا الجواهر الدوائية
لمرة المحتوية على زيوت طيارة واكثرها استعمالا اورغبة هوا كسيرقنسر
البارنج لمركب من ثلاثين نقطة الى اربعين

ثم انه يظهر أن سوء الهضم المشاهد عند الشيوخ نائي ايضا عن تناقص في
افراز العصير المعدي اما لقله اعناسر الضرورية لتكوينه او لنقص قابلية
التنبية العصبي للأعصاب المعدنية عندهم بحيث تضعف حركات المعدة ومن
العسر جدا معرفة درجة اشتراك ضعف تغذيته الطبقة العضلية للمعدة
وضعف حركاتها في فساد الهضم في هذا الشكل والشكل السابق ويكفي التنبية
الى ان تضعف حركات المعدة الناتجة عن ضعف تغذيها يؤدي لحصول سوء
الهضم بسبب عدم امتزاج المطعومات بالعصير المعدي امتزاجا كافيا وما اذا
زداد افراز العصير زدياد غير طبيعي فلا يشأ عنه في الواقع فساد في الهضم
لكننا مع ذلك نذكر الاعراض التي تنتج عن غزارة الافراز المذكور في المعدة
وهي فارغة فنقول من المشاهد أنه يحصل تقايؤ من تهيجات لا تصيب الغشاء
المخاطي المعدي بل غيره من الاعضاء المجاورة للمعدة سيما الحالبين والقنوات
الصغراوية والرحم وينسب ذلك عادة لحركات انعكاسية والاجود أن ينسب
ذلك كما قاله الطبيب (بود) الى توران انعكاسي في فعل الاعصاب المنوطة
بافراز العصير المعدي وقد اثبت (اسبلنساني) في نفسه ان تهيج الحلق بواسطة
الدغذغة ينتج عنه في ولومع فراغ المعدة من مواد سائلة مخضبة فيها كفاءة لحل
العلوم اي هضمها وهذا يدل على ان تهيج الحلق تهيجا مينايا يكاينتج عنه افراز
من عصير معدى ولومع فراغ المعدة وقد ذكر الطبيب (بود) ايضا انه يشاهد في
أحوال اختناق الحصبات الصغراوية والبولية في من مواد كثيرة المخضبة
وان كانت المعدة خالية قبل ذلك من المواد الغذائية وان الحوض الممتلئ

عليه هذه المواد هو حمض الكلور ايدريك وهذا الامر هو وحصول
التأليف السريع في اعراض المعدة بواسطة اعطاء القلوبات يدل غالباً على
ان بعض الاكلام وكذا التي كلاًهما ناتج عن تهيج الغشاء المخاطي المعدى
بواسطة العصير المعدى المنصب فيها وهي فارغة ولذا اوصى هذا الطبيب
باستعمال القلوبات السكرية بمقدار عظيم في احوال المغص الناتج عن
الحصيات الصفراوية والبولية (ان يعطى منها قدر درهمين على ستة اواق
من الماء القاتر)

ويوجد عدد عظيم من الاطباء سيما في انكلترة وفرنسا يقولون ان وجود
حمض الاكساليك في الدم ينتج عنه نوع مخصوص من سوء الهضم مع ظواهر
مرضية أخرى وان سوء الهضم لا يشق الاشفاء سوء القنية الناجم عن حمض
الاكساليك وحيث تبين رأى هذا القائل بوجود سوء قنية ناشئ عن حمض
اكسالي ونوع من سوء الهضم المتعاقب به من بعض الاطباء في بلادنا وصار
رفضه بأدلة قوية من آخرين من الاطباء فعلمنا ان بندي رأى في هذا المسئلة
التي هي الى الآن لم تفحل بعبارة مختصرة فقول

كثيرا ما وجد في البول أثر من اكسالات الجير عند السليم بحيث ان هذا
المخ يعتبره كونه نوع استحالة بين العناصر الطبيعية من البول وغير
الطبيعية

وقد توجد كمية عظيمة من هذا الملح في البول متى تعاطى الاشخاص جواهر
محتوية على املاح اكسالية بكثرة سيما بعض الخضراوات كالخبيض ونحوه
وبالمجمل قد يظهر في البول هذا الملح بكمية عظيمة ظهورا وقتيا عقب تعاطى
مشروبات محتوية على حمض الكربون كالشبابية وماء سلتس وماء الصودا
ونحو ذلك وفي جميع هذه الاحوال لا يحصل اضطراب في الهضم ولا اضطراب
بندي

وينعكس ذلك في الاحوال التي يوجد فيها كمية عظيمة من اكسالات الكلس
في البول مدة طويلة من الزمن فانه يكاد يوجد على الدوام في مثل هذه
الاحوال ظواهر مرضية أخرى وعند بعض المرضى يوجد زيادة عن
اكسالات الكلس في البول كمية عظيمة من الحيوانات المنوية ومن المواد

المخاطية وذلك يدل تقريرا على ان ا كسالات الجدير لا تنفر في مثل هذه
 الاحوال بواسطة الكلوتين من الدم بل يتكون في البول في انشاء ممكنه في
 المئانه فانه من منذ ما ثبت كل من المعلم جلاو وهو ب سليلر انه لا يندر ان
 يحصل عظم في مجهم بلورات ا كسالات الكلس (ذات الشكل ذى الثمانية
 أمطحة المسمى بشكل مخروطي البوابات) عند مكث البول زمانا طويلا فلا
 شك أن هذا الملح يتكون في البول بعد انقرازم عقب التحلل للمادة المخاطية
 غالبا فلذا ينبغي رفض القول بان هذا الملح غير القابل للذوبان المكون في
 لقنوات البولية ذو تاثير مضر على المعدة وباقي أعضاء الجسم فان الطواهر
 المرضية المصاحبة لتكوينه في البول وهى الاضطرابات البنيوية العمومية
 وحالة الكسابة الما ليخولبه وامتقاع اللون ونحوها يمكن توجيهها بسهولة
 بالسيلان المنوى والحالة النزلية في المسالك البولية وبالجملة يوجد عدد عظيم
 من الاحوال فيها لا يمكن نسبة تكون ا كسالات الجدير الى التحلل البول
 المنفرز وفساده بل فيها تلجئ الى القول بنسبة ظهور هذا الملح في البول الى
 ازدياد تكوينه في الدم اى الى سوء قنينة ا كسالية فان قيل ما هى الامور
 المتعلق بها تكون هذا الملح في الدم بكمية عظيمة وظهورها في الاقرازا
 المتذقة من الجسم التى لا توجد فيها فى الحالة الطبيعية الا آثار قليلة يقال ان
 المسئلة لم تدخل الى الآن لكن من المعلوم ان تكون هذا الملح في البول بكمية
 عظيمة يشاهد بكثرة فى انكثاره التى فيها يفتدى الانسان باغذية جديدة ويشرب
 مشروبات قوية زيادة عن المائيا وان وجد فى المائيا لا بد وأن يكون عند
 الاشخاص ذوى الثروة المفرطين فى تعاطى المطعومات الجيدة القوية وكذا
 المشروبات ومهما كانت قبه مبلدا للنظريات القسمة ولو جمة السكجاية فلا
 بد وأن نعرف انه من القريب للعقل القول بان بين سوء القنينة الا كسالى
 والبول الا كسالى ارتباطا سببيا وانهما ناشئان عن تعاطى كمية عظيمة من
 الجواهر المغذية زيادة عن احتياج الجسم والمضرب صفعا فى احوال عدم
 التناسب عن كون متحصلات الاحتراق متعلقة بدرجة تا كسد ضعيفة وعن
 كون ظهورها فى اقرازا الجسم على هيئة الملح الا كسالى او البول متعلقا
 بامور أخرى منهممة علينا

والذي أراه ان الاشخاص المكسبين لسم عظيم بسبب الافراط في
المأكول والمشروب يبقون حافطين افعهم أكثر من الذين لا يكسبون سمنا
ولو كانوا معتبين بهذه المثابة ولا سيما أكثر من الذين يتناقص سمهم مع القادى
على المعيشة المذكوورة فان الاولين لا يشتكون غالباً الا بدرجة خفيفة من
عدم الراحة الناتجة عن تناقل جسمهم واما الآخرون فانهم يتشكون
غالباً باضطرابات مختلفة تنسبها الاطباء تارة الى احمقانات احتباسية في
الاوردة البوابية وتارة الى البواسير وطوراً الى حالة مرضية تقرسية
روماتيزمية اوزلية وهذه المشاهدة تقرب من العقل ان متحصلات التبادل
العنصرى يعتمدها تغيرات في كثير من الاحوال عند وجود عدم التاسب
المذكور بين تعاطى الجواهر الغذائية واحتياج الجسم اذا لم يحصل
التعادل بواسطة تكوين الشحم وان المكابدات المرضية السابقة ذكرها
تتعلق بالتغذية غير الطبيعية في الاعضاء المختلفة وبالدم المتحمل لمتحصلات
فضلية غير طبيعية من حيثية كيمتها وصفاتها وبعد اسقرار كل من الكاوية
الاىوخندارية واضطراب الهضم والتزلات الحلقية والشعبية والاصابات
المؤلمة للمفاصل ولا سيما المفاصل الصغيرة وانضاح ظواهر مرضية مختلفة
مع التعاقب والاسقرار بصير أمثال هؤلاء المرضى فاقدة لقواها باهتة اللون
لخفة الجسم بحيث انها تظهر في حالة مرض ثقيل ولا يظهر في البول المركز
الكثير الحض تفسيرات واصفة على الدوام لكن يتكون في معظم الاحوال
رواسب بولية تظهر زمنافز متاشقل على املاح بولية غزيرة وقد دلت
التجارب على انه من المضر عند مثل هؤلاء المرضى أمرهم بتدبير غذائى مقو
مع تعاطى الانبذة والمركبات الحديدية والسكنية التى يلجئنا الى استعمالها
ككل من تناقص قوى المرضى وامتناع لونهم وفسادهم بخلاف
استعمال مياه البناء مع القلوية الحمية ولا سيما اذا أضيف لذلك غسل الجسم
او التمشل بالماء البارد واغلب ذلك باستعمال الحمامات البخرية فانه ينتج
عنهما نتائج جيدة للغاية وليس عندى تجارب عظيمة بخصوص البول الاكسالى
وسوء القنية الاكسالى لكن بعض الاحوال التى شاهدها تشابه الاحوال
السابقة شرحها وان لم تماثلها في جميع الاحوال حيث ان فيها عين الاسباب

السابقة وعين شكوى المرضى المتنوعة كثيرا والتي لم تكن مشابهة لشكل
من الاشكال المرضية وعين الضعف والاسترخاء وانتفاع اللون والنفاقة
والبول المتركا الحمضي غالبا لا يحتوى على رواسب من املاح بوليفة بل على
بلورات من اكسالات الجير وتبعها ذلك نرى من الصواب اعتبار سوء الهضم
الذى هو عبارة عن ظاهرة مرضية من جملة الظواهر المرضية المنتشرة في
سوء القنية المعبر عنه بالاكسالى نتيجة لاضطراب بنى عموى يظهر عنده
بعض الأشخاص المستعدين لذلك عقب المعيشة السابق ذكرها والى
الا ان لم نعلم حقيقة تعاقب التغيرات التى تحصل بين عمائل العناصر الغذائية
وقد فجزئيات الجسم الفضائية التى يعتمدها التغيير بتأثير المؤثرات المضرة
السابق ذكرها فيستكون عن ذلك متحصلات مرضية متفاوتة انكم
والكيف

ثم انه يوصى في معالجة سوء القنية الاكسالى وسوء الهضم الناشئ عن ذلك
باتباع الوسايط التى ذكرنا كثرة فترتها في معالجة سوء القنية الاكسالى ولو انما
غير مماثلة لها بالكلية (والذى يضاد القائل الكلى هنا هو وجود اكسالات
الكلس فقط في أحوال الديابتيز الاكسالى دون غيره من المتحصلات
الانتهائية للتبادل العنصرى) واستعمال حمض النريك (بقدر عشرين
نقطة مرتين أو ثلاثة في اليوم) وتجنب جميع الأغذية المحتوية على سكر
الموصى بكل منهم من اطباء الانكليز في أحوال سوء القنية الاكسالى يظهر
أن كلامهم مبنى على فرضيات نظرية لا على نتائج عملية تجريبية

ومن الصواب قبل ان ننهي الكلام على سوء الهضم ان نتكلم على ظاهرة
مرضية غريبة كثيرة الحصول أعنى شكلا مخصوصا من الدوار سفاه المعلم
(ترسو) بالدوار المعدي فانه يعتبر ناشئا عن حالة سوء الهضم اذ يكاد كل طبيب
مشتغل بالطب العملى ان يكون شاهدا بجملة أحوال مماثلة بالكلية للصورة
المرضيه التى شرحها مع الايضاح الشهير (ترسو) ومماها بالدوار المعدي كما
يسمى العامة بذلك أيضا وهذا المرض الذى يكون مستطيلا ومستمعا
جدا في أثناء سيره يتبدى غالبا بدون أن يسبقه هجوم ظواهر مرضية بكمية
خارقة للعادة فان المرضى نششكي بخاة بعد أن كانت في حالة صحية بدوار شديد

فكانت المرتبات المحيطة بها أو مكانها هي نفسها اعتراها حركة دورانية
أو قوجية وينضم لذلك احساسات غير طبيعية في الرأس لا يمكن المرضى ان
يعبر عنها بالالام ولا تجد لفظا موافقا للتعبير والافصح عنها سوى ان يقولوا
احساس فراغ في الرأس وبعض المرضى يحس بدوار او بضيق غير محدود
في الرأس او بخار متصاعد فيه وينضم لذلك غالباً شرراً أمام العينين وطنين
في الاذنين فتخشى المرضى من الوقوع فتبحث عن صفة رازنكار تعقد عليه
وطبالب الجلوس والاستلقاء ومثل هذه النوبة التي فيها لون جلدة الوجه
يكون غير متغير ومنتهق اللون يزول غالباً بعد بعض دقائق وفي أثناء هذا
الزمن تكون الاشخاص المصابون ومن حولهم من الاقارب في حالة رعب
عظيم وانتهاء هذه النوبة يكون في الغالب مصحوباً بتأثرب متكرر
أو تجش غالباً

ومن الجائز أن مثل نوبة الدوار المعدي المذكورة تبقى هي الوحيدة لكن
الغالب ان تتردد في فترات متفاوتة الطول ومن المستغرب جداً تردد النوب
الجلدية باسباب واهية في الظاهر جداً كالشي على ارض ملساء مستوية
او المرور على نحو قنطرة وكون المرضى لا يحصل لهم الدوار عند صدور
ما ذكرتمى كانوا قابضين ولوعلى يد طفل ضعيف او متكئين ولوعلى عصا
رقيقة وبالجملة يفتقد الدوار متى اشتغل المرضى بشئ موجب لاصرف ذهنهم
اليه بالكلية او كانوا في حالة اتعاش اطيف وقد شاهدت شخصاً لم يمكنه
العبور في قاعة على انفراد والاجتناب من محمل الى آخر مع أنه كان يمكنه
بدون تفكير الرقص في مثل هذه القاعة منفرداً ويجتازها بكافرسه ولو كان
جواحى محال محتلفة وكلما تبادى هذا المرض واسه طال مدته زاد توجه
افسكار المرضى اليه فيقعون في حالة تفكير وكآبة زائدة ظناً منهم أنهم مصابون
بالقفة دماغية سيما اذا سمعوا أن غيرهم من المرضى ماتوا بامراض دماغية
حقيقية مثل ابن المخ الذي تخذاه العوام بكثرة وكانوا مصابين ايضاً بالدوار
وكثيراً ما نعترا اطباء فيأمرون المرضى بالاستقراغات الدموية واستعمال
المحولات والمركبات اليودية والمياه المعدنية الحمية ويمنعونهم من تعاطي
النبيذ والبوزة ويأمرهم بالاعتصام على المطعومات القليلة جداً فان لم تفر

هذه المعالجة وصارت المرضى باهتة اللون شحفاء البنية فكثيرا ما ترجع الاطباء
 عن اعتقادهم ويظنون ان نوب الدوار ناشئة عن انيية الدماغ فيأمررون
 المرضى بتعاطي الاستحضارات الحديدية والابتذة والبوزة ويسمحون لهم
 بتعاطي تدبير غذائي مقنن ومع ذلك فلا تكثر المعالجة كما ان المرضى يعودون من
 جبال الالب ومن أما كن الاستحمامات الباردة والمعالجة بها ومن الحمامات
 البصرية بدون طائل وقد نص المعلم (ترسو) كما ذكرنا على أن نوب الدوار
 المذكورة تنشأ عن سوء الهضم وقال ان علاماته في كثير من الاحوال
 تكون واهية جدا حتى تخفى عليها بسهولة وعدد احوال امن الدوار المعدي
 حصل فيها الشفاء بواسطة تعاطي منقوع من الخشب المرومر كبمن
 القلوبات الكربونية على التناوب ونحن لم نر نجاحا من هذه المعالجة فاني وان
 اعترفت ان النوب الاول من هذا الدوار التي حصلت في المرضى الذين
 شاهدتهم ظهرت غالبا عقب سوء الهضم واصطحبت بظواهره الا انه لم توجد
 علامات واضحة من سوء الهضم عند المرضى التي كانت تعتبرها نوب الدوار
 المتكررة مددة سنين والذي أظنه أن تكرر نوب الدوار ناشئ عن امور نفسية
 فكما انه يوجد اشخاص يهترجهم دوار عند ما يكونون مطمئن على محل منخفض
 جدا او واقفين على محل مرتفع كذلك كمنارة وكان الشخص الذي
 اعتراه الدوار مرة في مثل ما ذكر يكاد يطرأ عليه ذلك متى تعرض لمثل هذه
 الامور فكذلك الانسان الذي اعتراه الدوار مرة او ~~اكثر~~ وهو في اودته
 او كان ماشيا في فلاة فانه يعتريه ما ذكره والفزع في مثل هذا الشكل من
 الدوار كالفزع من الدوار الذي يعتري كثيرا من الاشخاص عند وقوفهم على
 محال مرتفعة جدا وذلك بسبب معين جدا على تكراره فكل من الانتفات
 القوى الى مرتقى والانتقال النفسى والسكر الخفيف يحفظ نوعا من حصول
 أحدهذين الشككين ويؤيد ذلك عندى مشاهدة من جعله مشاهدات
 شاهدتها في قسيس قد أصيب بنوبة دوار شديدة بحيث سقط منها على الارض
 وهو في الكنيسة على الانبل ولم يطرأ عليه ثانيا مرة نوبة الدوار مطلقا طول
 مشاهدتي له غير أنه لم يعد الى الانبل ثانيا حيث شرع يجرب من نفسه الصعود
 عليه مرتين او ثلاثة فحصل عنده سوابق الدوار فكان ذلك هو الباعث له على

الامتناع فاتهم المعافاة من وظيفته وكذا كل من المؤذن والمبيض لابد وان
يلتجئ للمعافاة من اشغاله اذا اعتريه نوبة الدوام مرة فاكثرى أثناء اشتغاله
بوظيفته

(الفصل الخامس)

(في أمراض القناة المعوية)

(المبحث الاول)

(في التهاب الغشاء المخاطي المعوي النزلي المعروف بالنزلة المعوية)

(كيفية الظهور والاسباب)

التهاب الغشاء المخاطي المعوي النزلي ينتج عن كل احتقان يظهر في هذا
الغشاء سواء كان الامتلاء الوعائي حاصلًا بكيفية ميكانيكية او ناشئًا عن
اسباب مضرّة أخرى والاحتقان في ابتداء هذا المرض وفي حالته يؤدي
لارتشاح غزير من سائل قلبي الزلائية ملحي فاذا تقدم سير المرض وأزمن
أدى ذلك الاحتقان الى تكوين مادة مخاطية وخليبات جديدة

ثم ان النزلة المعوية الحادة وبالخصوص المزمنة من الامراض الكثيرة
الحصول جدا تصاحب على الدوام اضطراب الدورة الكبدية اذ عوق
استفراغ دم الوريد الباب ينتج عنه بالضرورة تمدد وامتلاء في اوردته المعوي
ومن ذلك تنشأ النزلة المعوية

وكثيرا ما تصيب النزلة المعوية أمراض أعضاء التنفس والدورة التي ينتج
عنها عائق في انصباب دم الاوردة الاجوفية فان هذه الامراض اذا فجع عنها
احتقان وريدي فتهقرى في اوردة الدورة العظيمة لا بد وأن يظهر ذلك في
الغشاء المخاطي المعوي فاحتقان هذا الغشاء والتهابه النزلي في مثل هذه

الاحوال عبارة عن سببوازا الغشاء المخاطي

ويندران ينشأ عن اضطراب الدورة في الجسم احتقان تواردي والتهاب نزلي
في الغشاء المخاطي المعوي ومن هذا القبيل ما يحصل من احتقان الغشاء
المخاطي المعوي الشديد الذي ينشأ عن التهابات عمدة في الجلد عقب الحرق
وكذا ما يحصل من الاحتقان السريع الحصول الوقى المصوب بارتشاح
مصل غزير الناشئ عن تأثير البرد القحطاني في الجلد كما يشاهد ذلك في السباحة

في الجبال مثل الاهل التزلة المعوية الحادة التي تنشأ عن برد الاقدام او البطن
وتستقر زمانا طويلا بعد زوال تأثير البرد والتزلة المعوية المزمنة التي تنشأ عن
تأثير الاطعام الباردة الرطبة من هذا القبيل أولى امر غير مقطوع به
وقد يحصل التهاب التزلي المعوي الشديد مدة سير الالتهاب البريتوني سيما
الالتهاب البريتوني النفاسي ويعتبر حينئذ هذا الالتهاب نتيجة الاحتقان
التواردي الشديد فان الالتهاب الشديد للطبقة المصليية يؤدي في مثل هذه
الحالة لحصول ارتشاح مصلي في المنسوج الخلوي تحت الغشاء المصلي وفي
الطبقة العضلية والطبقة المخاطية المعوية مع المنسوج الخلوي تحتها فان
هذا النوع من الارتشاح الاوديماوي يشاهد دائما بجوار الاجزاء الملتصبة
وقد عبرنا عنه مرارا بأنه نوع اوديماة متممة جانبية او اوديما ناتجة عن
احتقان تواردي جانبي وبه يسهل توجيه حصول الاسهالات المائية التي
تصاحب الالتهاب البريتوني بكثرة ولومع وجود شال في الطبقة العضلية
المعوية ويظهر أن الاحتقان التواردي للاوعية الشعيرة المعوية المتصلو
بارتشاح مصلي غزير هو ينبوع الاسهالات الناتجة عن انفعالات نفسية
ويجوز في مثل هذه الاحوال ان يقال ان الاوعية الموردة للدم حصل فيها
تمدد بواسطة التأثير العصبي وقد اكتسبت هذه النظريات قوة من وقت ان
شاهد المعلم (بودجيه) حصول اسهالات دائمة عقب قطع العقد الشمسية من
الارانب

والغالب ان يكون الاحتقان والتزلة المعويان ناشئين عن مهيجات أثرت
تأثيرا موضعيا كغلب المسهلات فان القلبيل منها يحدث الاسهال بكونه
يحدث عنه افراز سائل غزير من اوعية المعى بطريقة الاندسموز بدون ان ينتج
عنه تهيج واحتقان موضعي وذلك كفعول المحلول الملحي المركز ويندر ان ينتج
الالتهاب التزلي المعوي عن افراز الصفراء الغزير وهذا خلاف ما كان
يعتقد سابقا كما يندر حصوله من وجود حيوانات طبيلية في المعى كديدان
شلا ومن هذا القبيل التزلة المعوية التي تنتج عن جواهر غير دوائية كبعض
الاعمار وعن وصول مخضلات المعدة غير المنضمة الاية لافساد المعى
(انظر ذلك في اسباب التزلة المعوية) ويغلب حصول التزلة المعوية عقب

احتباس المواد النفيلية فانها ان بقيت في جزء من أجزاء المعى فلهنا طويلا
 زائدا عن العادة اعتراها الفساد والاضلال فيستكون عنها امتصاصات تورت
 تم يجاشد يد في الغشاء المخاطي المعوي وقد يثبه الذهبير (ورجوف) على كثرة
 حصول الالتهاب البريتوني الجزئي وما يذاع عنه من تغيير اوضاع المعى
 كالتجذبه والتخفاته وفي الحقيقة ان ذلك هو السبب الغالب للإمساك
 المستعصى الاعتمادى في كثير من الاحوال ولبعض أحوال فهو كالجسم
 المزمعة التي كانت تعتبر ناتجة عن آفات في البطن السفلى فانها تنشأ عن مجرد
 التجذاب اوضيق في القناة المعوية يعقبه تكون غازات من المواد النفيلية
 الفاسدة ونزلة معوية تابعة

وقد يكثر حصول النزلة المعوية في بعض الازمنة عن مؤثرات مجهولة ولعدم
 معرفة هذه المؤثرات يجعل سببها تساطن الاحوال الجوفية الواثبة
 المعدية

وقد يكون الالتهاب المعوي النزلي عرضا من اعراض بعض الامراض العامة
 كالحمى قوس البطنى اى الحمى التيفية فانه يضاعفه دائما كالهبضة
 الاسمية فانه احد اعراضها الرئيس ويمكن احداثه في بعض الحيوانات
 بالصناعة بواسطة حقن مادة متعفنة في وريد من اوردها

وستنكلم فيما بعد ان شاء الله تعالى على شكل النزلة المعوية العرضية وعلى
 الالتهاب المعوي النزلي الذي يصاحب تقرحات المعى واستحالة الامرضية
 * (الصفات التشريحية) *

يندر أن تشاهد اصابة الالتهاب النزلي للقناة المعوية بتمامها ومع ذلك فهو
 أكثر وجودا في المعى الغليظ وأقل وجودا في اللقائني واندر مشاهدة في الصائم
 والاثنى عشرى والتغيرات التشريحية التي تخلف النزلة المعوية الحادة في
 الرمة هي احمرار الغشاء المخاطي احرارا يـكون تارة باهتا وتارة دكا
 متشرا أو فاصرا على ما يحيط بالعدد المتفرقة او عدد (بير) ثم انتفاخ هذا
 الغشاء اورخاوته ومهولة تمزقه وارتشاح مادة صلبة في المنسوج الخلوى
 تحت الغشاء المخاطي وقد يزول الاحتقان بالكلية عقب الموت فيظهر الغشاء
 المخاطي حينئذ باهتا خاليا عن الدم ويشاهد على الدوام في النزلة المعوية الحادة

انفتاح في الاجربة المعوية المتفرقة وفي غدد (بير) فتكون بارزة برون
واضعا على سطح الغشاء المخاطي والغالب ان تشاهد العقد المساريقية
كذلك محتنة متفتحة قليلا ومتحصل المعى يكون في الابتداء متكونا من
سائل مصلي مختلط بجزئيات بشرية منفصلة وخلايا جديدة ثم يصير فيما بعد
متكونا من مواد مخاطية متعكرة ملتصقة بسطح المعى وفيها كذلك جزئيات
بشرية

واما التغيرات التي تختلف التزلة المعوية المزمنة فهي ان يشاهد الغشاء
المخاطي ذا لون مسيج يضارب الى الجرة او سنجابي وسخ ومفتحا يظهر فيه
احيانا بروزات بوليبوسية خصوصا جهة المستقيم والاجربة المنفتحة هنا
تكون أكثر بروزا منها في التزلة المعوية الحادة فتظهر على شكل عقد
مبيضة بارزة على سطح الغشاء المخاطي الذي يكون مغطى بمادة مخاطية
فيصير لزجة وفي المزمنة يحصل احيانا في الطبقة العضلية للمعى ضمادة ينتج
عنها تضيق بسيط في المعى شبيه بما يحصل في البواب في أحوال التزلة الحادة
وان كان ما هذا نادرا

وقد يكتسب التهاب التزلي للغشاء المخاطي المعوي شكل الالتهاب الدفيري
تقريرا فيمتكون على سطح الغشاء المخاطي المحرجا خشاكر يشان سطحية
كأنها حمر شوش بالنخالة ويختلف انفصال هذه الخشاكر يشان تأكلات
او تسلحات سطحية صغيرة دامية وهذه الصفة التشريرية التي تشاهد في
الجزء السفلي من المعى الغليظ والمستقيم وتنتج عن تراكم المواد النعيلة في هذه
الاجزاء تطابق مطابقة كلية الصورة الاكلينيكية للدوسنتاريا التزلية
المنخفضة

وقد تؤدي اشكال التزلة المعوية الشديدة لحصول القروح المعوية كالقروح
التزلية المنتشرة والقروح الجراحية

فاما القروح التزلية المنتشرة فتنتج عن التهاب التزلي المعوي لاسيما الالتهاب
التزلي المزمن اذا انضم اليه التهاب نزلي حاد وأكثر ما تنشأ هذه القروح
عن الاجسام الغريبة التي تختلف في المعى اومن المواد البرازية المحتبسة فيه
ولذا تغلب مشاهدتها في المحال التي يكثر فيها وقوف المواد النعيلة كالاسود

والقولون الصاعد (ويسمى المرض حينئذ بالالتهاب القولوني البرازي)
والمعلقة الديدانية والمستقيم والمعي الغليظ أعلى محال التضايق
والانجذاب

والغشاء المخاطي الاحمر الداكن المتفتح يلبس ويتلاشى بسبب تكون الصديد
في منسوجه فينتج عن ذلك فقد لجوهر يورث تعري المنسوج الخلوئي تحت
الغشاء المخاطي والطبقة العضلية ومتى شقبت القرحة في هذا الدور امتلاء
مكان فقد الجواهر بالازرار اللحمية وخلف ذلك ندبة يابسة تورث المعى ضيقا
دائما وقد تنشا كل الطبقة العضلية والمصلية فيمنقب المعى وعندما تمداد
التهتك من الباطن الى الظاهر يحصل التهاب بريوني جزئي به يمكن امتناع
انصباب منحصّل المعى في تجويف البطن عقب التصاقه بالاجزاء المجاورة له
كما يحصل ذلك بكثرة عند تنقب المعلقة الديدانية وكما يحصل بكثرة في التهاب
الاعور وتقيحه المعروف بالالتهاب الاعوري البرازي التهاب في المنسوج
الخلوئي الهش الذي يثبت الاعور والقولون الصاعد في الصفاق الحرقفي
ويعرف بالالتهاب الاعوري الدائري والمحيط ونشرح في محبته على
حدته

وأما القروح المعوية الجراحية فالأغلب ان تظهر في المعى الغليظ والجزء
السفلي منه وينتج عنها تهتكات متعددة وهي تنصف بقلة ظهور الاعراض
الانتهائية حولها وقد شرح ظهور القروح الجراحية الشهير (روكيثانسكي)
وقال هذه الاجربة تكون في الابتداء منفتحة انتفاخا عظيما ومحاطة بمادة
وعائية جراحية ضاربة للسفرة ثم يحصل التقرح في باطنها فتنفجر جدرانها
فينشأ حينئذخراج صغير جرابي ذو جدار اسفنجية حبيبية وفخمة متقرحة
مشرزمة ومتى تم تلك الجراب تهتك كليا من التقيح زال احتمان الغشاء
المخاطي المجاور له بل قد يوجد هذا الغشاء باهتا وسنجابيا وسخا وحينئذ
يكون اتساع القرحة كاتساع حبة العدس مستديرا او بيضاويا وبسرعة
يمتد التقرح الى الغشاء المخاطي المجاور له فتعدم القرحة شكلها المستدير
وتكتسب شكلا مستديرا متشرزما وقد لا يبقى من الغشاء المخاطي الا بعض
أصفار او ثنيات مسننة في وسطه وبقيّة الطبقة العضلية والمنسوج الخلوئي

تحت الغشاء المخاطي تكون متعربة ويوجد في المهي نفسه مادة سنجابية شجرة
نصفية السيولة ندفية محتاطة بمواد غذائية غير منهضمة
* (الاعراض والسير) *

في النزلة المعوية يحصل في المهي زيادة عن الارتشاح المصلي سرعة في الحركات
الديدانية للقناة المعوية بحيث ان التبر زرع سيمواته تسكن نوبه وتسكرر
فالاسهال الذي تسبقه قراقر واضحة في البطن هو العرض الملازم للنزلة
المعوية بل هو العرض الوحيد احيانا فان الآلام وغيرها من الاعراض قد
لا توجد رأسا وقوى المريض وتغذيته يبقمان على الحالة الطبيعية مادامت
لاستقرات غير كثيرة التكررو والغزارة ولم تستقر زناطويلا وفي مثل هذه
الحالة يعتبر الاسهال عند العام أمرام فرحايه عقب تنقية الجسم ونحوها مما
يعود نفعه على الصحة ثم ان الاستقرات المعوية تتكون في الابتداء من
مواد ثقلية مائعة (وهذا ما يسمى بالاسهال البرازي) ومتى استقر كل من
الارتشاح المصلي وازدياد الحركات الديدانية للمهي فالاستقرات بعد
انقذاف جميع المواد الثقيلة المتوى عليها المهي تفقد رائحتها البرازية
الخاصة بها شيئا فشيئا وتصبح متكونة من ارتشاح مصلي ملهى ساج فيه ندف
بشرية وخليات جديدة ومواد غذائية غير منهضمة قليلة التغير ومتفاوتة
الكمية (وهذا ما يسمى بالاسهال المصلي) ولون مواد البراز السائلة يكون
عادة مخضر امتفاوتا في الخضرة وهذه ثانياً عن انقذاف المواد المذكورة مع
مواد المهي السائلة قبل ان تسكبد الاستحالة الطبيعية لاعتنا انصبا بكمية غير
اعتدائية من الصفراء في المهي وكلما كان الارتشاح أكثر غزارة كان تلون
المواد قلبلا فان الصفراء المختاطة بها لا تنكفي حينئذ في تلوينها بالكلية
والغالب في الاستقرات لنزلية ان لا يوجد فيها آثار من المواد الزلالية لكن
لا يندر ان يوجد فيها بلورات من فوسفات المغنيسيا والنشادر وكان
وجودها يعتبر سابقا واصفا للبرازات المتفوسية ويوجد في الاستقرات
المذكورة كمية عظيمة من ملح الطعام وبعد استقرار الاسهال يوما ويومين او
أكثر تأخذ مواد الاسهال في اكتساب الاستحالة الطبيعية للمطعومات عادة
فيقل تكرار الاسهال ونسبة هيمته البرازية تحتها ويعقب الاسهال كما

هي العادة امسالم متفاوت الاستعصاء وذلك لان التيج المرضي للطبقة

العضلية المعوية يعقبه حالة ضعف

وهناك أحوال فيها ينضم الامهال احساسات مؤلة في البطن وهي عبارة في الغالب عن نوب آلام قارصة تتردد تترددانويا وتعرف بالغص ويصير المريض عند حصولها احيانا يابوذا اللون باهت سيما اذا اشتدت اشتدادا عظيما وهذا الغص يتلطف عقب التبرز او قرب حصوله وأندر من نوب الآلام المذكورة حصولا ما يشاهد من احساس مؤلم مستقر بضغط في البطن او تألم يزداد ذلك الاحساس بالضغط من الظاهر وهذا الاحساس لا يشتد جدا الا في أحوال نادرة فيها يصاحب التهاب النزلي المعوي حرق في الجلد عند جداول هذه الصفة الخاصة بوجود الدم في مواد البراز يتميز هذا الشكل من التهاب المعوي النزلي عن غيره من أشكال هذا المرض

وكثيرا ما يكون البطن في النزلة المعوية الحادة مفتحا انقفا خفيفا ويخرج بالتبرز كمية عظيمة من غازات كريهة الرائحة وظهورها في الأمي لا يعد عرضا للنزلة المعوية ولا نتيجة لها مادامت في دور ازدياد الارتشاح المصلي والحركات الديدانية المتزايدة وانما تنبت نتيجة عن السبب المحدث للنزلة المعوية نفسها أعني من وصول جواهر فاسدة وغير منضمة من المعدة

الى المهي

وكثيرا ما تضطرب النزلة المعوية باعراض جملة لكن ان كانت هذه النزلة ناتجة عن تأثير البرد مثلا فالحركة الحمية تكتسب شكل الحمى النزلية وقد تكون شديدة جدا فتملئ بس بالحمى المعدية او الصفراوية او المخاطية سيما اذا اشتراك كل من المعدة والمهي في التهاب النزلي وبهذه الكيفية يكون سير النزلة المعوية اذا كان التهاب فيها ممتدا في جزء عظيم من المهي او مجلسه الجزء السفلي من اللثائي والقولون كما هو العادة ثم ان التهاب النزلي الاثنى عشرى يصاحب في الغالب النزلة المعدية ولا يعرف الا اذا امتد الى القناة الصفراوية ونج عنه احتباس الصفرا ويرقان وبدون ذلك لا يمكن معرفته فانه لا ينوع اعراض النزلة المعدية الا قليلا جدا

والالتهاب النزلي في المهي الدقيق يسير بدون اسهال متى مكث منحصلا المهي

الدقيق السائل زملطويلا في المي الغليظ وتكاثف عقب امتصاص أجزائه
السائلة فعلى هذا مقي لاعراض النزلة المعديّة قراقر في البطن فعمل
بوجود غازات وسوائل في المي الدقيق وأمكن ترزحهما من محصل الى آخر
ولم يحصل مع ذلك اسهال ترجح ان النزلة المعديّة امتدت الى المي الدقيق دون
الغليظ

وأما التهاب النزلي في الجزء السفلي من المي الغليظ او في المستقيم فكثيرا
ما يحصل بدون اصابة باقي أجزاء المي وقد تكتسب صورة هذا الالتهاب هيئة
أخرى عند اشتداد جدها اى عند ما يظهرا انتقاله من الحالة النزلية الى
الدقترية بان يسبق التبرز بكافى الدوسنطاريا آلام شديدة قراصة تقدم من نحو
السرة الى القطن ثم يعقب ذلك انقباض تشنجي في العاصرة وحرق شديد
في الالست ثم يخرج بحركات الزحير مادة مخاطية متفاوطة الكمية مبيضة
زجاجية مختلطة بمواد معوية والعادة ان يعقب ذلك راحة للمريض غير انه بعد
مضى ساعة أو أقل تعود الآلام وكذا الظواهر السابقة ويخرج من
المريض مواد ثقيلة جامدة زملطويلا فحصل له عقب ذلك راحة بعض زمن
وهذا الشكل من النزلة المعوية المعروف بالدوسنطاريا النزلية يشفى
بسرعة بالمعالجة اللائقة أعني بالمبادرة بإزالة المواد الثقيلة التي في المي ونج
عنها هذا المرض مع استمراره فاذا لم تعالج بما لا يليق استطالت مدة المرض
وأدت لحصول تقرح جراحي

وأما اذا كان التهاب النزلي قاصرا على المستقيم فلا بد وان يوجد كذلك
زحير وتطلب للتبرز خروج مواد مخاطية فقط او مخاطية مدعمة غير مختلطة
بمواد ثقيلة لكن لا يوجد في هذا الشكل آلام دالة في البطن كالتى تسبق
التبرز في الدوسنطاريا النزلية

وأما النزلة المعوية المزمنة فلا ينتج عنها في البالغين افرار مصلى غزير في القناة
المعوية الا في أحوال نادرة والغالب ان يكون افرار الغشاء المخاطي قليلا
ولذا لا يصطبب التهاب النزلي المعوي المزمن بالاسهال في البالغين الا نادرا
وان حصل الاسهال فانه يكون وقتيا فالمرضى بهذه النزلة يكون عندهم في
أغلب الاحوال اسهال لا اسهال وبواسطة الطبقة المخاطية للزوجة المغطية

لسطح المعى يحصل عرق في الامتصاص واضطراب في التغذية فتتناقص
 قوى المرضى فتضعف وتكتسب لونا ممتقها وحار زيادة على ذلك فالمواد
 المتراكمة في المعى الغليظة يعثر بها بتأثير الحرارة الرطبة في هذا العضو فساد
 والمحلالات يخلفه ظهور غازات في المعى بكمية عظيمة فتقدد وينشأ عن ذلك
 مكابدات ثقيلة فيتوتر البطن ويتدفع الحجاب الحاجز الى أعلى ويتعسر
 التنفس وينشأ عن الضغط الواقع على الاوعية الشريانية احتقانات واردة
 في غير المعى سيما نحو الدماغ ويحصل من خروج الغازات من البطن راحة
 عظيمة وينضم الامساك الاعتيادي واضطراب التغذية وانتفاخ البطن
 الغازي اضطراب عقلي كالذي يحصل للمصابين بنزلات معدية من منة خفيفة
 تجعل المرضى حالة اجسامها موضعا لانكار رديئة ولاتلتفت لغيرها او تقع
 في حالة يأس من صحتها وعما ينبغي الالتفات اليه انه يوجد في جمث المرضى التي
 كانت مصابة بأمراض عقلية كالمجانين والقاتلين لانفسهم انحناءات
 او تحولات في المعى وهي السبب الغالب في النزلة المعوية المزمنة والامساك
 الاعتيادي قد يتعاقب معها احما نامفص شديد واسهال وقي تخرج به كمية
 عظيمة من مواد مخاطية وبرازية كريهة الرائحة جدا وحيث ان نوب الاسهال
 الوقعية تطرأ بدون سبب ظاهر يغلب على الظن ان فسادا متحصل المعى ينشأ
 عنه تكون مخضلات مهيجة احما نا تؤثر في الغشاء المعوي وتثير النزلة
 المعوية المزمنة فتترقى الى نزلة معوية حادة والنزلة المعوية المزمنة التي تسير
 بهذه المنابة تعتبر من الامراض الكثيرة الحصول المستعصية عن الشفاء بحيث
 ينقطع عشم كثير من المصابين بها من دفع الطبيب لعدم نجاح المعالجة التي
 أجريت عليه فيلجئ الى الدجالين او يقتصر على حبوب موريسون (التي
 قاعدتها الصمغ النقطي) او حشائش لبروه (وهو منقوع مخلوط مكون من
 ازهار البنفسج وقيم الحسلوا المزهرة مضافا لذلك كبريتات المنزيا) او حبوب
 اشمال (وهي مركبة من خلاصة الصبر درهمان ومن خلاصة الراوند المركبة
 درهم ومن خلاصة الحنظل المركب نصف درهم ومن برادة الحديد نصف درهم
 يمزج جميعه ويعمل مائة وعشرين حبة ويعطى منه من حبة الى اثنتين الى
 ثلاثة حسب الاقتضاء) او نحو ذلك من المعالجات السرية وسيتضح فيما بعد

أن كلام من هذه المركبات يتخذ من مسهلات ظاهرة النجاح في مقاومة ما ينتج
عن النزلة المعوية المزمنة من المشاق وأنه بسبب كثرة هذا المرض اشتهرت عند
العامّة بعموم النفع في جميع الامراض

ثم ان النزلة المعوية المزمنة عند البالغين قد تصطبغ بازدياد الافراز المعوي
وسرعة الحركات الديدانية وتكتسب سير الاسهال المزمن الان هذه
الاحوال نادرة فيهم ولذا كان وجود اسهال مستمر عدة أسابيع أو أشهر
مربحا للتصور وجود تغيرات مادية عظيمة في المعى فحينئذ لا تعتبر النزلة
المعوية المزمنة البسيطة سببا للاسهال الا بعد تحقق انتفاء بقية تغيرات المعى
المادية والاستقراغات في مثل هذه الاحوال معظمها مكون من مواد
مخاطية زجاجية أو صيدية مختلطة بمواد ثقيلة لينة أو ببقايا المواد الغذائية
غير المنهضة عندها مدة اداد النزلة في المعى امتدادا عظيما (وهذا ما يسمى
بالاسهال اللين ترى أى انزلاق البطن) وعند ما تخرج مواد مخاطية غير متلونة
أو صيدية كما يقع أحيانا أو مواد ثقيلة متجمدة أحيانا أخرى يجب الحكم
بان مجلس الداء الجزء السفلى من المعى الغليظ وان الانتاب النزلى مهمل
بالانتقال الى التقرح الجزئى وقد يزول الاسهال مدة أيام ويخف فيه ثم يهدأ
مسة نص ثم يعودا شديدا كما كان وقد توجد أحوال فيها تم لك المرضي عقب
الاسهال المزمن لكن لا يحصل ذلك الا عند وجود تغيرات أخرى في المعى غير
النزلة المعوية

واما النزلة المعوية المزمنة في الاطفال فيقال فيها عكس ما ذكر فان هذا
المرض فيهم يسير سير اسهال المستعصى المضعف ولذا ينبغي على عكس
ما تقدم التأمي وعدم المبادرة بالحكم بمجرد هذا العرض بوجود دون معوى
او ماسا في أو تقرحات نزلية معوية فان أغلب الاطفال الهالكين بالسلى
المعوى لا يوجد في امعاتهم الا آثار خفيفة من الانتاب المعوى المزمن
وأغلب ما يحصل النزلة المعوية المزمنة في الاطفال قرب انتهاء السنة الاولى
اعنى قبل القطام بقليل ويسمى الاسهال حينئذ بالاسهال الفطامى وفى
الابتداء تكون الاستقراغات مخاطية قليلة الغزارة ذات خواص حمضية
ولون مخضر يظهر عقب انقضاءها حالا أو بعد الامتصاص للهواء زمانا طويلا

وذلك ناشئ عن اختلاطها بالصفراء غير المتحللة وعن ازديادها كسد المادة
 الملوثة للصفراء التي لم تنزل مخفوظة ثم تصير الاستفراغات غزيرة جدا ما تامة
 طفولية اللون كريهة الرائحة محتطاطة بجوارث غذائية غير منضمة وفي الابتداء
 لا يعترى الاطفال الاقوياء البنية الجليدى التغذية من هذا الاسهال الاقليل
 هزال لكن العامة بسبب اعتقادهم الفاسد يعتبرون هذا الاسهال ظاهرة
 صحية تبقى الاطفال من تشبجات الاسنان ويظنون انه لا يطبعى ايضاه فلا
 يندبون الطبيب الا اذا صار الطفل ذابلا ضعيفا في مثل هذه الحالة كثيرا ما
 تهجر الصناعة عن تدارك الشفاء فيستمر الاسهال وتزداد الخفاة تدريجا
 ويهلك من الاطفال عدد عظيم في السنة الثانية من عمرهم عقب النزلة المعوية
 المزمنة والنزلة المعوية تظهر عند الاطفال المغذاة بالصناعة قبل هذا السن
 وتسير بسرعة عظيمة وذلك ان امهات الاطفال الاقوياء اللبينة الذي يتجارتان
 على ان يخدم من مراضع بعد الاسبوع السادس والثامن من ولادتهم
 يترك اطفالهن للجهائز لتغذيهم بالصناعة وهن يعطين الاطفال لبنا غير جيد
 او مريكا فاسدا او حلة صناعية او قطعة خبز تصون منه البقر كوا الصراخ
 فيحصل للطفل حينئذ اسمال بسرعة وتقدم الجحافة تقديما عظيما بحيث
 يصل في اقرب وقت الى أعلى درجة من الخفاة فتتلاشى العضلات وكذا
 المنسوح الضمى ويظهر فيهم تسكرش الوجه كالجهاز ويسترخى الجلد على
 العظام وتسلخ اجزاء القرية من الاست وتغطي الغشاء المخاطي القمي
 بالقطر وفي أثناء ما يكون حصين المرضعة في غاية من الصحة يهلك ولدها غالبا
 الشهر الثالث والرابع وهو في غاية الخفاة والتهوكه ألا ترى ان كل
 امرأة مستغلة بارضاع الاطفال بالصناعة في المدن العظيمة تدفن نحو ثلاثة
 اطفال كل سنة وفي مثل هذه الاحوال لا يجد في الجنة الا نارا للنزلة المعوية
 المزمنة مع التهوكه العظيمة وتعتبر هذه النزلة في احوال الاسهال القحطى ترددا
 مستقرا للنزلة المعوية الحادة بسبب دخول المواد الغذائية غير المنضمة
 العاسدة في المعى مع التسكرار فيشير هذا الالتاب
 واما الالتابات المعوية النزلية المؤدية الى تفرح الغشاء المخاطي المعوي
 لوجيع جدد المعى فالو ما تسلكم عليه منها الشكل الكثير الحصول

المعروف بالالتهاب الاعورى فقط أو الاعورى البرازى فنقول قديس سبق
 هذا المرض أحيانا بعض اعراض يعنى انه قبل ان يرتقى الالتهاب الى الدرجة
 الشديدة المسماة بالالتهاب الاعورى البرازى يشاهد آلام ومغص في
 البطن واعراض نزلية معوية ناتجة عن تراكم المواد البرازية في الاعور
 والقولون الصاعد بحيث يشتمل المريض أحيانا نالآلام في البطن ويحصل له
 امساك وامهال على التعاقب وورمافقدت الاعراض السابقة بحيث يؤدي
 اول تجمع من المواد الثقلية في الاعور والقولون الصاعد الى حصول التهاب
 شديد وتقرح في جدار المعى وحتى حصل ذلك فقدت الطبقة العضلية قابلية
 انقباضها فيحصل عوق عظيم مانع لسير المواد الثقلية في القناة المعوية كما
 يحصل مثل ذلك من تضيق المعى أو اختناق القموق المعوية فانه وان خرجت
 مواد مخاطية فقط أو مدعمة هي متحصلة التهاب نزلى في الجزء السفلى في المعى
 من الاست بقدر التسبب بالكلية ومتحصلة الامعاء الدقاق الذى لا يتيسر
 اندفاعه من أسفل يدفع الى أعلى بسبب انقباضات الطبقة العضلية المعوية
 وحينئذ تحصل حركات مضادة للحركات الديدانية الطبيعية فالمواد الواصلة
 من المعى الى المعدة تورثها تميجات شديدة يحصل للمريض تهوع وغثيان وقيء
 من مواد غذائية ابتداء ثم فيما بعد من مواد مخضرة صرة الطعم صفراوية ثم
 يخرج بالقيء وذلك في أحوال نادرة مواد سائلة مسهية كريهة الطعم ذات
 رائحة برازية ويعرف ذلك بمغص القولنج (أى مغص رب ارحم) ومن ذلك
 يجزم بان هناك عوقا في جزء من المعى مانع المرور المواد الهضمية فيها فان لم
 يوجد في الحفرة الحرقمية اليمنى الآلام قليلة بدون ورم في هذا المحل
 كما شوهد ذلك أحيانا تغيب الطيب في طبيعة العوق لئلا يكن الغالب ان
 يطرأ مع الامساك آلام شديدة في البطن وورم واصل لهذا المرض في
 الحفرة المذكورة ومجاس هذه الآلام الجزء السفلى الايمن من الخجلة لكن
 ثورانها من منافذها ليس من ذاتها بل بأدنى ضغط أو حركة على الجزء المذكور
 وعند الجس الذى تخشاه المرضى عادة يحس بورم دى شكل منبأرى عمدة من
 الحفرة الحرقمية اليمنى الى الحافة السفلى من الضلع الاخير يكون على مسير
 الاعور والقولون الصاعد بحيث يعرف بسهولة ثم اذا كان سير هذا المرض

حمدا حصل بحسن للمريض في هذا الدور فيه برزت زامتكر راصحوبا
 بالآلام في البطن ممزقة وذامواد ثقيلة غزيرة جدا كرهية الراتحة ويزول
 القيء ويتناقص حجم الورم ويتلاشى تدريجيا حيث ان جزأ منه مكون من
 المواد المتراكمة في المني والجزء الآخر من انتفاخ جدر هذا المني نفسه لكن
 هذا الانتهاء الجيد نادر والغالب ان يمتد الالتهاب في الطبقة المصلية للاعور
 والقولون الصاعد اما الى البريتون السكبي للعر المعوية المجاورة او الى
 المسوح الخلقى المثبت للقولون الصاعد مع الصفاق الحرقفي وعندما تزداد
 الالتهاب الى البريتون يصير الم البطن منتشرا فيه ويفقد شكله المنباري
 ويصير عريضا وأما عندما تزداد الى المسوح الخلقى السكبي خلف
 القولون الصاعد فتحصل الآلام في الفخذ الايمن واحساس منتقل فيه (وهذا
 هو المعروف بالالتهاب الاعوري الدائري او المحيط) وكل من العضلات
 الابسواسية والحرقفية يرتشح عمادة مصلية فلا يقوى على الانقباض
 بحيث لا يتيسر للمريض رفع فخذه بانقباضها وفي مثل هذه الحالة يحس
 المريض جذعه الى الامام ويضطجع في فراشه على الجهة اليمنى ويتجنب
 تغير هذا الوضع ما أمكن اذ بذلك تكون عضلات البطن قليلة التوتر وكل
 من العضلة الابسواسية والحرقفية قليل التقدم ولا يندرتحسين حالة هذا
 المرض بعد وصوله الى الدرجة الشديدة التي ذكرناها فانه يزول الالتهاب
 الاعوري تقف الالتهابات التابعة له ويمتص النضج تدريجيا وفي مثل هذه
 الحالة يزول الم البطن شيئا فشيئا والورم الذي كان قد امتد الى نحو الخط
 المتوسط من الجسم يقل حجمه ثم يزول بالكلمة كما ان الآلام للفخذ الايمن
 والاحساس بالتقليل منه تتلاشى أيضا ويعود كل من العضلة الابسواسية
 والحرقفية الى الانقباض الطبيعي فيمكن حمة من رفع الفخذ ثانيا هذا اذا كان
 الالتهام حميدا أما اذا كان غير حميد فيقتد الالتهاب الى جميع البريتون
 او لا يمتص النضج المتكسب بل يورث الالتهاب بريتونيا من منافع لك المريض
 بجميع الدق التي تصعبه وقد تنقبج جدر السطح المتكسب تدريجيا فيحصل
 تنقبجات جهمة الظاهر وفي احشاء مجاورة ونحوها من الاعضاء وسند ذكر
 ذلك مفصلا في شرح الالتهاب البريتوني وانتهاه هذا الالتهاب الخبيث سيما

امتداد الصريع الى جميع اجزاء البريتون يرجح اننا ان تقبج الاعور هو
الذي أدى لحصول التثقب الان حصوله في هذا الشكل نادر لا يمكن الجزم
بمعرفته مدة الحياة الا في احوال قليلة وانتهاء التهاب الاعورى الدائرى
يختلف كثيرا متى انتهى بالتقيح ونشأ عنه خراجات وانسكابات
صديدية

وأما تقرح المعلقة الديديانية فهو وان كان يصطبب بالام في الجزء السفلى
الايم من البطن تكون هذه الاكام خفيفة جدا فلا تدل غالباً على وجود
نوى محقق فحينئذ لا يعرف هذا المرض الا اذا امتد التقرح الى الطبقة
البريتونية او ظهر عقب تثقبها اعراض التهاب البريتونى الجزئى
او اعراض التهاب الاعورى الدائرى غير انه لا يمكن الجزم بان التهابات
التابعة الاخيرة ينبوعها المعلقة الديديانية او الاعور الا اذا دل على ذلك عدم
وجود الاعراض السابقة لالتهاب الاعورى والام الكلى والقيء الخاصين به
سبباً عدم الورم الواصف له هذا المرض الاخير وقد لا يمكن التمييز هذين
المرضين بالكلمة عند من يوجد عنده التهاب بريتونى منتشر أو سريانات
صديدية ناتجة عن التهاب أعورى دائرى ويكون عاجزاً عن بيان حالته
بالدقة ثم ان التهاب البريتونى والاعورى الدائرى وان كانا ناتجين في تقرح
المعلقة الديديانية من تثقب هذا الجزء وانصاب منه صلبه في تجويف البريتون
غالباً باخذان سيراً جيداً مع ذلك كما اوضحناه فيما تقدم ويحصل ذلك غالباً
متى كان حصول التثقب تدريجياً بحيث ياتصق المعى بالاجزاء المحيطة به
وبذلك يمنع تأثير المواد المنسكبة المضرة في بقية اجزاء البريتون ومن الجائز
في الاحوال السادة تكون التصاقات صلبة فيتسكس الصديد وكذا
المواد المنسكبة في باطن منسوج خلوى مندمج متمسك وقد يحصل اسفة قراغ
المواد المنسكبة نحو الظاهر ويندر تحت المعلقة الديديانية بواسطة منسوج
ندبي مندمج بحيث لا يخرج منه شئ فحينئذ بعد

ومن النادر مشاهدته التهابات وتقرحات عظيمة بالمعى في غير المحيان المذكورين
وان حصل ذلك يكون غالباً في القولون المستعرض او المستقيم
وحينئذ تكون الاعراض مشابهة لاعراض التهاب الاعورى وتختصر

في الامساك وتآلم البطن في جزئ محدود وظهور ورم واصف وبندرجدا
 ان يؤدى الالتهاب في هذين الجزأين للالتهاب البريتوني المنتشر سيما وازالة
 تجمع المواد البرازية التي فيه ما ويقاف الالتهاب سهلا الحصول
 واما المقرحات الجراحية فاكثرت ما شاهد في الاشخاص المنهوكين واعراضها
 في الابتداء عين اعراض التزلة المعوية المستطيلة المدة لكن عافيل يشاهد
 في المواد المخاطية المبيضة الشفافة التي يسبق اندفاعها آلام خفيفة
 وتصطبغ برف خفيف كمثل مخصوصة شفاقة كالساجو (هو مادة نشوية
 تستخرج من نخاع بعض النخيل في بلاد الهند) المنقوع المتفتح وهذا يدل على
 ان الالتهاب التزلي امتد من الغشاء المخاطي الى الاجربة المخاطية ويخرج
 مع التبرز مواد ثعلبية زمنافزنا محتلطة بمواد مخاطية مبيضة أو مدعمة
 وبالكمل المذكورة ايضا ثم تفقد المواد المخاطية شفافيتها تدريجا وتصير
 مائعة مصفرة كالقيح وحينئذ يشاهد شكل الاسهال المعروف بالاسهال
 الكيلوسى وفي هذا الدور قد تخرج زمنافزنا مواد ثعلبية ممتاسكة ذات
 لون طبعي وعند شفاء القروح الجراحية يبقى غالبا اعتقال مستعص في البطن
 وميل عظيم لتكوين الغازات فيه وبقيّة اعراض التزلة المعوية السابقة
 وما ذاك الا ليكون التحام هذه القروح يعقبه تضايقات ندية

* (التشخيص) *

التزلة المعوية الحادة التي تسير بدون حركة شبيهة لايسهل تمييزها عن غيرها من
 الامراض وأما مميزات التزتين المعديّة والمعوية الحادتين الاصليتين عن الدور
 الاول من التيفوس فسنذكره فيما بعد

ويغلب جدا عدم معرفة شكل التزلة المعوية التي تكون اعراضها الواصفة
 الامساك والتولدات الغازية والاضطرابات النفسانية وقبل عصرنا هذا
 بقيل كان يعتبر مجموع الاعراض المذكورة ناتجا عن مرض في الغدد
 البطنية العظيمة سيما الكبد فكانت ترسل المرضى الى مياه كرلوس باد بقصد
 شفائهم من احتقان هذه الغدد كما كان يظن وعند مدرجوهم من هنالك في
 حالة تحسّين كان يعتبر ذلك دليلا على صحة التشخيص ثم بعد ان ثبت بواسطة
 الصفات التشريحية الدقيقة ان مكابدات البطن الزمنية المتصفة بالاعراض

السابقة يندرج اذا ان تكون ناتجة عن تغيرات مادية في السكبد والطحال
او البانكرياس كما ثبت عكس ذلك أيضا يعنى انه شوهد في الاعضاء المذكورة
تغيرات عظيمة في الرمة بدون ان تصحب مدقا الحياة باضمارات ثقيلة في
الهضم وقع كثير من الاطباء في خطأ آخر وذلك انهم جزموا تبعا (للمعلم
رادماخر) انه يوجد جسد جملته من أمراض السكبد والطحال والبانكرياس
لا يخلقها تغيرات مادية مدركة في جوهر هذه الاعضاء ولا حاجة للتعرض
لرفض هذا الرأي ونقتصر على ذكر طريقة التسهيل والخففة التي كانت
تشتغل بها الامراض المذكورة وذلك انه متى تحسنت حالة من حالات
المريض التي ليس لها ادى في ارتباط بتغيرات وظيفية او جوهرية في الاعضاء
المذكورة بمقتضى معارفنا الفسيولوجية عقب استعمال بزر العقول
او صبغة الجوز المائية او منقوع غمر البلوط كان هذا دليلا كافيا للطبيب (راد
ماخر وتلامذته) على ان حالة المريض كانت متعانة بافة أصلية في الاعضاء
المذكورة مع انه لم يثبت بالكلمة ان هذه الجواهر ذات تأثير نوعي في الغدد
البطنية حتى يظن انهم معينة على شفاء أمراضها

ثم ان معرفة النزلة المعوية المزمنة المصحوبة باعتقال البطن تسهل جدا متى
اصطبحت بنزلة معدية مزمنة لكن هناك أحوال فيها لا يوجد في الهضم
المعدى ادى اضطراب بجودة الشهية وراحة المريض في الساعتين
التاليتين لالكل ونظافة اللسان وهذه ربما تقودنا الى الخطأ والبحث عن
ينبوع المرض في اضطراب آخر غير اضطراب الهضم فان وجد مع ذلك تألم
محدود ومقاوت الشدة في جزم من أجزاء المراق الايمن عسر على الطبيب ولو
المشهور بالمهارة الحكم بان هناك آفة مزمنة في المعى ولعلنا علم انه كثيرا ما
يوجد في الانحناء الاول من القولون التصاقات عظيمة بينه وبين السكبد
تؤدى لانتفاء المعى وتضايقه بحيث ان زيادة حساسية المريض في هذا القسم
بالضغط ترجح تشخيص النزلة المعوية المزمنة عن نفقها وعما يعين على تشخيص
هذه النزلة تشاقل الاعراض عند ما يحصل للمريض امساك مدته طويلة
وستستكمل فيما بقى على تميز النزلة المعوية عن بقية أمراض المعى لكن تذكر
هنا ان أمراض كثيرة الحصول جدا وانه ينبغي للطبيب عند الحكم على

الاحوال المرضية أن يعود نفسه على ان يلةقت أولا الى الامراض الكثيرة
الحصول عادة فان الاطباء لونه ودوا على ذلك لقلت شكاوى المرضى من عدم
نجاح معالجتهم ودعوى انهم لم يحصل لهم راحة الامن وقت استعمال بعض
حبوب مارسون المسهلة .

* (الحكم على العاقبة) *

الحكم على النزلة المعوية يستنتج مما ذكرناه في سير هذا المرض فان النزلة المعوية
الحادة المصحوبة بافراز معوى غزير وازدياد في حركات المعى مرض غير
خطر في الغالب وقد يكون للاسهال تأثير جيد بالنسبة لقتل المواد المضرة
الواصله الى المعى وأيضا النزلة المعوية الحقيقية التي تحصل زمن التشنج
عند الاطفال المسنعة من الاحتمقات المخيمية والرئوية من الظواهر التي
يتمنى حصولها لهم لكن يجب على كل طبيب ان يحذر أهل الطفل من ان
يعتقدوا اعتقادا فاسدا ان جميع الاطفال يلزم ان يكون عندهم اسهال
مدة التسنين وان لا ينبغي ان يعالج الاسهال الذي يحصل في اثنتاه فان هذا
الاعتقاد مع كونه منتشر خطرا جدا وهو السبب غالباً في ان الطبيب
لا يندب الا اذا حصل للطفل شهوة عظيمة ووصل الى حال مكربة وأيضا
الاسهالات المزمنة عند الاطفال جميعه العاقبة غالباً متى بودر معالجتها
معالجة لائقة وكذا التهاب الاعورى وما ينتج عنه لا خطر فيه غالباً على
حياة المريض كما يصادفك عند الكلام على سير هذا المرض وأما القروح
المعوية الجراحية فهي خطيرة جدا خصوصاً وانها لا تحصل الا في الاشخاص
المنهوكين عادة

* (المعالجة) *

دلالات المعالجة السببية في الاحوال التي فيها تكون النزلة المعوية متعلقة
باحتمقات احتباسية لا يمكن اتمامها بوساطة شافية الاندرا فانه يندر جدا
زوال العائق المانع لسهولة استقراغ الدم من الاوردة المعوية والغالب
في مثل هذه الاحوال ان لا يفتأ في الطبيب الاجراء معالجة تسكينية عقب
مراجعة الاسباب الاصلية فبأمر المصابين بالنزلة المعوية الناتجة عن
احتمقان ويريدى مثلاً بإرسال العلق على دائرة الشرج زمن فزمناسها عند

ما يحصل ثوران في مكابدات المريض وكثيرا ما يحصل عقب تكرار ارسال
 العلق في أزمته منتظمة ككل أربعة أسابيع مثل الانزيف دورى ذاتى من
 الاوردة الباسورية يحصل منه للمريض راحة عظيمة جدا وعند ما تكون
 النزلة المعوية الحادة ناشئة عن تأثير البرد تستدعى المعالجة السريعة ملازمة
 المريض فراشه وتعطى المنقوعات الفاترة وأجودها منقوع البابونج
 او النعناع الفلفلى او تدفئة البطن بحارزمدفئة على النار ويجب على المريض
 المصاب بنزلة معوية مزمنة ناتجة عن تأثير اقليم بارد رطب ككثير الرياح
 استعمال جوارب الصوف يغيرها كلما أحس ببر في الاقدام ومن الباطح
 الموصى به في مثل هذه الاحوال وضع محارز من الصوف على البطن ولبوص
 النساء المصابات أيضا بنزلات معوية مزمنة باستعمال ألبسة من نسيج دافئ
 تخنن خصوصا مدة الشتاء وليعلم الطبيب ان ترك هذه الاحتراسات او عدم
 الالتفات اليها والتفحص عنها عند النساء اهمال لاحدى الوسايط العلاجية
 التى كثيرا ما تكون أهم من غيرها من الوسايط الصحية والدوائية في شفاء
 المرضى

والنزلات المعوية المزمنة للاطفال الناتجة عن تغذية غير لائقة تستدعى
 معالمتها السببية تنظيم التدبير الصحى والتسليم هذه الواطة يعقبه النجاح
 العظيم غالبا ومن النادر تحمل الاطفال التدبير الغذائى البنى مدة الاسمال
 فالاجود ان يعطى لهم امراق قوية من اللحوم او مقادير صغيرة جدا من لحم
 المحجول الصغيرة المبشورة وهى نعمة مع قليل من الخبز وقليل من النبيذ الحلو
 كنبيذ التوكيرا والمالحا اذ به هذه المعالجة يزول فى زمن قليل الاسهال الذى
 كان قد استعصى عن بقية الوسايط العلاجية وتعود الاطفال منه وكون الى
 صحتهم بسرعة كذلك وأما استعمال الزئبق الحلو وغيره من الجواهر الدوائية
 المستعملة فى النزلات المعوية والمعدية فقد تقدم الكلام عليه وعند ما يكون
 سبب النزلة المعوية احتباس مواد ثقيلة صلبة فى القولون او فى جزء آخر
 من المعى ينبغى ابتداء المعالجة باعطاء مسهل ومعاينة المواد الثقيلة بعد
 حجزها فى قصريه المريض للبحث عن وجود مواد ثقيلة صلبة بجوار المواد
 السائلة حتى يمكن بذلك الوقوف على الحقيقة وبتمسك بهذه القاعدة أيضا

في معالجة التلات المعدة به فيمبدأ بمعالجة الالتهاب التزلى القولونى الذى سميناه
 بالدوسنتاريا التزلية باعطاء مسهل فكثيرا ما يكفى في مثل هذه الاحوال
 اعطاء مقدار او فرمن زيت الخروع لاجل ازالة آلام البطن والزعير والمواد
 المخاطية المدعمة زوالا تاما في ظرف ساعات قليلة ويكون النجاح أقوى
 واطهر في الاحوال التى فيها كانت المرضى مستقرة على تعاطى الشوربات
 الغروية والاستحضارات الافيونية وكانت مكابدهاتهم مع ذلك لم تزل متزايدة
 واما الاحوال التى يكون فيها عندهم امساك اعتمادى ناشئ عن انخفاء
 او انجذاب أو تضيق فى المعى وأدى هذا الامساك الى حصول النزلة المعوية
 فلا يمكن فيها اتمام دلالات المعالجة السببية الابيضية غير تامة حيث كان
 للصناعة قوة على ازالة الامساك الاعتمادى لاعلى ازالة السبب الاصلى له
 ومثل هؤلاء المرضى لا يحصل عندهم راحة الا من استعمال المسهلات على
 الدوام ولذا ينبغي الالتفات التام الى استعمال الجواهر والمركبات المسهلة
 التى يلزم استعمالها والقانون العام من كونه ينبغى للطبيب ان يستعمل
 البساطة فى اوامره الطبية لا يعمل به فى الاحوال التى فيها اراد المداومة على
 استعمال المسهلات زمانا طويلا فان المركبات المسهلة المأخوذة من الراوند
 وراينج الجلبة والصبر والحنظل أجود تأثيرا من استعمال كل من هذه
 الجواهر على حدة وحيث ان المقصود فى مثل هذه الاحوال الحصول على
 نبرة غزير مجبى غير سائل ينبغى للطبيب تكرار التجربة ما أمكن حتى يصادف
 التركيب والمقدار المناسبين لحالة المريض ولا مانع فى مثل هذه الاحوال
 من تجربة بعض الحبوب المسهلة الموجودة فى الاجزا خانات كحبوب اشتال
 وغيره وأن يؤمر باستعمال عدد مخصوص من الحبوب المذكورة حتى يجد
 ما فيه ثمرة ونجاح هذه الطريقة فى شكل الامساك المذكور أخيرا عظيم
 للغاية واستعمال الحقن بالماء البارد وان كان جيدا الا انه لا يكفى فى جميع
 الاحوال لاسيما مع طول المدة فلا يوصى به الا بقصد مساعدة للمعالجة
 ويساعد تأثير المسهلات باستعمال بعض الوسائط التدبيرية الصحية بدون
 ان يمكن توجيه تأثيرها لبعض الاشخاص مثلا تحصل له راحة من شرب الماء
 على الرق او من شرب التبغ وبعضهم من تعاطى الخبز مع الزبد والقهوة

وبعضهم من تعاطى بعض الانمار المطبوخة أو المربات وكذا الرياضة بالمشي
على الخيل كثير امانساعد في المعالجة أيضا لكن لا ينبغي المبالغة في تأثيرها
وبالجملة فينبغي ايضا أمر المرضى بالذهاب الى المراض والاجتهاد في البراز في
ساعة معينة كل يوم

وقد مدح كل من الطبيب بريتونو وترسو البلاودنا (اى ست الحسن) في
معالجة الامساك الاعتيادى المستعصى وفي ضعف المي المصكوب بسوء
الهضم وكلاهما لا يعطى هذا الجوهر الدوائى بكمية قليلة مضاعفا للجواهر
المسهلة الشديدة كما هو العادة عند أغلب الأطباء بل يعطيه بانه ينفرد به بان
يعطى من مسهوق أوراق البلادونا من خمس حبة الى ربع فحبة مع جرء مماثل
من خلاصتها ونجاح هذه الطريقة وان كان ليس أكيد فى جميع الاحوال
كما بالغ فى ذلك المعلم ترسو لا ينكر انه ناجح فى كثير منها فان كثير من المرضى من
يمدح المعالجة بحبوب البلادونا ويفضلها على استعمال المسهلات الشديدة
التي كانت تعطى له من قبل ويذكر أنه حصل له من ذلك راحة تامة حتى كأنه
ولد جديدا وماذا الا من اعتدال صحته باستعمال هذا الجوهر الدوائى
الذى فضلا عن كونه جيد التأثير ليس له مضرة مثل المسهلات الشديدة التي
كانت تستعمل عنده على الدوام ومع ذلك فالى الآن لم تعرف حق المعربة
اشكال الامساك الاعتيادى المستعصى التي فيها ينضل استعمال البلادونا
على استعمال المسهلات الشديدة والاشكال التي لا يصح استعمالها فيها
ويشتم انه بالمشاهدات يمكنه فيما سياتى التحقق من اشكال الامساك
الاعتيادى التي فيها تستعمل البلادونا مع النجاح

وكذا فى التهاب الاعورى البرازى تستدعى المعالجة السميكية بتعديد المواد
النفلية المتجمعة فى الاعور والقولون الصاعد غير انه يلاحظ فى ذلك
احتراسات مخصوصة فان كانت الحالة حديثة وغير مصحوبة بغيره وجب
اعطاء زيت الخروع بمقدار مناسب من نصف اوقية الى اوقية وأما اذا كان
قد حصل النى وخشى من تقايبى الزيت ثانيا فيجب تجنب الاجتهاد فى الحصول
على احداث البراز بواسطة المسهلات وخصوصا ينبغى عدم الوقوع فى الخطأ
من استعمال مسهلات شديدة فانه مادام موجودا عائق فى المي يمنع اذفاع

منصلها الى اسفل لابد وأن استعمال جميع الوسائط التي تزيد في الحركات
المعوية يدفع هذه المواد الى اعلى فقط ويزيد في حركات التي موفى مثل هذه
الاحوال الأخيرة بعد استعمال الحقن بالطلمبات ذات المكبس من الوسائط
النافعة جدا ولا يمكن تعويضهم بالحقن البسيطة مهما تكررت استعمالها
ويمكن في مثل هذه الاحوال دفع كمية عظيمة جدا من السائل بقدر أربعة
ارطال او ازيد حتى يحصل على النتيجة المطلوبة وحيث ان الماء يمكن
امتصاصه في المعى الغليظ ينبغي ان يضاف له ملح الطعام أو الزيت أو اللبن
او العسل والعادة أن يزول القيح باستعمال هذه الوسطة ولولم تندفع كمية
عظيمة من المواد البرازية الى الخارج بل يحصل ذلك عند اندفاع كمية قليلة
جافة متقنة منها تدل على ان السائل وصل الى المواد البرازية المتجمعة
واحدت فيها ليا وسرعة لكن متى خرجت مواد برازية غزيرة ينبغي قطع
استعمال الحقن ولومع استمرار الورم في الحفرة الحرقمية فان جدر المعى
او البريتون ان كان ملتصبا حصل من الاستمرار على الحقن واحداث حركات
قوية في المعى ازدياد في الالام والالتهاب

واما معالجة المرض نفسه اى المؤسسة على طبيعته فلا يحتاج فيه الاستعمال
الاستمراريات الدموية العامة واما اوسال العلاق فلا يحتاج له الا في معالجة
الالتهاب الاعورى فانه في هذا الشكل من الالتهاب المعوى يحصل من
ارسال عشر علاقات الى عشرين على الجهة اليمنى السفلى من البطن
واستطالة التزيت بواسطة الضمادات القاترة راحة عظيمة جدا بل ويجوز
تكرار ذلك عند ثوران الالام ثانيا واستعمال التبريد نافع كذلك كما ذكرنا
ذلك في الهيمضة الفردية وله تأثير جيد خصوصا في أشكال التزلة المعوية
التي يكون فيها الاحتمقان المعوى عظيما جدا ومصحوبا بافراز غزير كما انه نافع
في أشكال الالتهاب المعوى التزلي الشديد الذي يظهر عقب الحرق الممتد
ويكون مصحوبا بالالام شديدة وأجود طريقة في استعمال التبريد يكون
بواسطة وضع رقائد مبتلة بالماء البارد منعصرة عصر احياء او يكرر وضعها
على البطن في ازمة قصيرة وأما في شكل التزلة المعوية المزمنة خصوصا
المصحوبة بامساك فالأوفق فيها استعمال وضعيات منها ممددة سيما

استعمال وضعيات بريسنيز (أعنى الرفأند المبتلة التي تترك على البطن حتى تسخن) فيؤمر المريض بأبوضع هذه الوضعيات الباردة التي تغطي بحزام جاف إلا وتترك على البطن حتى تسخن أولا تغير طول النهار الا مرتين او ثلاثة وفي شكل النزلة المعوية المحصورة بافراز من مواد مخاطمية لزجة تستدعى معالجة المرض نفسه استعمال المياه المعدنية والينابيع الطبيعية التي أوصيناها في الشكل المشابه لذلك في النزلة المعدية المزمنة وكذا الجواهر القابضة لاسيما تترات الفضة والنتين فانهما أنيرهما القابض بلطفان استرخاء الغشاء المخاطي وينقصان احتقانه وبذلك يكونان مطابقيين للدلالات العلاجية المرضية وينضم لهمذين الجرهرين الجيدى التأثير خصوصاً تترات الفضة الذي يستعمل بنجاح عظيم في النزلة المعوية المزمنة عند الاطفال بمقدار صغير جدا السكاد الهندى وصمغ الكينو وجذرساق الحمام وجذر الكسكسلا (اي قشر العنبر) ونحو ذلك غير ان الامور التي نحبوز استعمال أحدها هذه الجواهر الدوائية ونفضل على غيره في الاحوال المختلفة لم نزل مهممة علينا والعادة ان يستعمل أحدها بعد الآخر ان لم يثمر الاقول واستعمال القوابض على شكل الحقن لا يوصى به الا في أحوال التزلات المعوية التي مجلسها المعى الغليظ فان الحقن ولو العظيمة لا تنجوا زالصهام الاعورى الاقناني مطلقا فلا تصل الى المعى الدقاق وفي أحوال التقرحات المعوية الجراحية يوصى باستعمال حقن من تترات الفضة (من قحنتين الى أربعة فيستأواق من الماء) او كبريتات الخارصين او النتين (نصف درهم على ستأواق من الماء) فانها أحسن واسطة علاجية في ذلك لكن يتأسف من عدم تحمل استعمالها في جميع الاحوال

وأما المعالجة العرضية فتستدعى في جميع الاحوال التي فيها لا يعتبر الاسهال ظاهرة جديدة بل ظاهرة خطيرة مقاومة هذا الاسهال وعلى الطبيب أن يعرف في جميع الاحوال الوقت الذي فيه ينبغي قطع الاسهال فانه لا توجد قاعدة عامة في ذلك والعادة ان يجتهدا بتداه في الحمول على ذلك بواسطة التدبير الغذائى فيؤمر المريض باستعمال المشروبات الغروية كغلى الشعير والرزا والقمح مع تعاطى الشرب من الرزا والعجين الخبز والجفت وأما نجات

أمراف الضأن الدسمة في إيقاف الامهال كما تعتقده العوام فأمر غير محقق
 وزيادة على هذه المشروبات الغروية تستعمل مشروبات علاجية قليلة
 القبض كالنبيد الاحر ومغلي جوز البلوط الحمص (أعنى قهوة البلوط) ونحو
 ذلك من المشروبات القابضة وهذه الوسائط الخفيفة تكفي في كثير من
 الاحوال الخفيفة لقطع الامهال واما في الاحوال الثقيلة فينبغي فيها لقطع
 الامهال استعمال الجواهر المضادة التي سبق ذكرها كثرات الفضة في
 الاسمالات المزمنة للاطفال والكادا الهندى (دوهين في ست أو من سائل
 غروى يعطى منه كل ساعة أو ساعتين مل ملعقة مع متادة) في الاسمالات
 المزمنة للبالغين فان اهما تأثيرا جيدا الى الغاية واما خللات الرصاص فتأثيره
 غيرا كزيادة عن خطره فلا حاجة لكثرة استعماله وأجود الوسائط
 العلاجية لقطع الاسهال واكثرها نجاحا واستعمال الاقيون ولو أنما لانعلم
 كيفية تأثيره في ذلك معرفة جيدة ولذا في كان هناك خطر من وجود الاسهال
 واستمراره واقتضى الحال لقاها به بسرعة ينبغى استعمال صبغة الاقيون
 البسيطة او الزعفرانية (من جرام الى نصف درهم في ست أو من محلول
 غروى) ومنقوع خفيف من عرق الذهب يعطى منه للمريض مل ملعقة
 كل ساعة واستعمال الاقيون على شكل حقن جيد الثمرة ايضا كاستعماله
 من القم

(تنبه) من هذا القيل ما يستعمل بكثرة في هذا العصر تحت نترات البنزوت
 اما على هيئة مسحوق والقشطة البرموتية وينبغي ان يكون استعماله هنا
 بقدر عظيم اعنى من جرامين الى ثمانية فازيد وتأثيره في مثل ذلك ينسب ولا بد
 الى وسوبه على سطح المعى المتغير وتكوينه لطيفة محافظة تمنع من التأثير
 المهيج لتحصل المعى المار عليها

واما المتغير المعوى التيفوسى فليس هو الاءابارة عن تغير غير قار على الدوام
 من جهة التغيرات التي تعترى الجسم المصاب بالتيفوس وليس من الممكن
 شرحه على انفراد بدون شرح جميع المرض التيفوسى وزيادة على ذلك
 ان المتغير المعوى التيفوسى عبارة عن نتيجة التسمم النوعى الذى يعتبر اصلها
 في التيفوس ولهذين السمين سنشرح التغير المعوى عند الكلام على

التيفوس في مجت الامراض التسممية العامة
وينعكس ذلك بالنسبة للتغير المعوى الذى يشاهد في الهيمزة الاسمية وفي
الدوسنتاريا الناتجة عن مؤثرات ميازمية نال التغير المعوى في كل من
هذين المرضين قارة لا يقد ابد اوجميع اعراض كل من هذين المرضين يمكن
نسبته للتغير المعوى ففي هذا المبحث وان لم تتكلم الاعلى الهيمزة الافراذية
والدوسنتاريا التزلية ولم تعرض للتكلم على الدوسنتاريا الوبائية والهيمزة
الاسمية واخرنا ذكرهما في مجت الامراض التسممية في ذلك الارتكانا
على معرفة الاحوال السببية لهذين المرضين وانهم امن هذه الحقيقة باعتبار
من جملة الامراض التسممية العامة

(المبحث الثانى)

(في القرحة الاثني عشرية الثاقبة)

جميع الاحوال المرضية المذكورة في المنشورات الطبية والرسالات
المذكورة في بعض كتب علم الامراض الباطنة المختصة بامراض الاثني
عشرى او المعى وخصوصاً احوال قروح هذا العضو الثاقبة كانت متشعبة
وغير مرتبة والفضل في ترتيبهم اوضح هذا المرض شرحا شافيا للمعلم
(كروس) بحيث يمكننا الان مع البيان ذكر هذا المرض الذى هو ليس نادر
الحصول

(كيفية الظهور والاسباب)

قد اقتضى الان من الشرح المطابق للتغيرات التشريحية لهذا المرض
واعراضه وسيره وانتهائه ان كيفية حصول القرحة الثاقبة للاثني عشرى
كحصول القرحة الثاقبة للمعدة بمعنى ان هذه القرحة ليست ناتجة عن تفرح
مخصوص بل ناتجة عن موت وتشكر بعض اصفار الغشاء المخاطى والتأثير
المذيب للعصير المعدى على هذا الصفر المتشكر من المعى

وبعسر علينا ذكر شي اكد بالنسبة لكثرة حصول القرحة الاثني عشرية
او قلته فانه كثيرا ما تحصل القروح الاثنا عشرية وتشفى قبل ان يحصل
عنها ثقب كما انه كثيرا ما لا تنتظر اثر هذه القروح الالتحامية في الجفنة
ولا يلتفت لها وقد شاهد المعلم (وبلج) في الفصحة تشريحية فعلت في محل

الصفات التشريحية في (براج) حالتين من القرحة الاثني عشرية الثاقبة مع كونه شاهداً من القروح المعديّة الثاقبة أربعاً وسبعين حالة منها ما هو ملتحم ومنها ما ليس كذلك ويظهر أن القرحة الاثني عشرية الثاقبة على العكس من القرحة المعديّة الثاقبة أكثر حصولاً في الرجال دون النساء ولم تشاهد مطلقاً في سنن الطفولية وأغلب المرضى الذين شاهدتهم المعلم (كروم) كانوا في السن المتوسطة ولايتاً كدمن الاطلاع على المشاهدات المذكورة أن القروح الاثني عشرية لها اسباب متممة مخصوصة لاسيما الحرق المعتمد على الجلد

(الصفات التشريحية)

الغالب أن يكون مجلس القرحة الاثني عشرية الجزئية العلوى المستعرض من هذا العضو وقد شوهد مجلسه في بعض الاحوال النادرة في الجزء النازل من هذا العضو وشوهد في حالة واحدة في الجزء المستعرض السفلى له وذلك المعلم (ليبرت) أن القرحة الثاقبة تشاهد في جميع امتداد المري وان كان نادراً وفي الاحوال الحديثة من هذا المرض تكون حواف هذه القرحة مقطوعة قطعاً منتظماً وليست منتفخة وقد الجهر في الغشاء المخاطي أكثر منه في الطبقة العضلية وفي هذه الطبقة أكثر منه في الطبقة المصلية والقروح المزمنة تكون حوافها خشنّة متباعدة بسبب التغيرات الخلوية فيها وفي بعض الاحوال تكون الاعضاء المجاورة قاع القرحة الاثني عشرية فيما إذا كان حصل التصاق قبل تمام التثقب وذلك كسطح الكبد والبسكرياس او الحوصلة المرارية وقد يحصل عقب تثقب هذا العضو الاخير وتآكله على التدريج استطارافاً يصورى بين الحويصلة المرارية والاثني عشرى وقد تلحسم القرحة الاثنا عشرية الثاقبة كالقرحة المعديّة ويعقبها اثره التهام كثيرة الانكماش احياناً وهذا يؤدي تضاييق الاثني عشرى كما انه قد يحصل من ذلك الالتحام تضاييق في القناة الصفراوية

(الاعراض والسير) *

قد ذكرنا بعض أحوال عند الكلام على القرحة المعديّة المستديرة فيها يكون كل من الالتهاب البريتونى القتال والقيء الدموى الخطر هو العلامة الوحيدة الابتدائية التي يمكن بها تشخيص هذا المرض الخطر ويظهر أن

القرحة الاثني عشرية الناقبة تختفي أعراضها أكثر من أعراض القرحة
 المعدية الناقبة وتبقى كامنة الى حين حصول الانتهاء المحزن ولا يترتب على
 ما ذكرناه أن المرضى تبقى في حالة صحة مستمرة الى حين الانتهاء المذكور بل
 لابد وأن يحصل عندهم اضطرابات في الهضم واحساس بأمتلاء وضيق في
 القسم الشراسيفي يزداد عقب الاكل وتآلم في هذا القسم يزداد بالضغط
 وجميع هذه الظواهر تسبق حصول التقايب الدموي او الثقب المعوي
 ولكن في الغالب لا يهتم المرضى بها ولا يرتكن اليها في الوقوف على حقيقة
 تشخيص هذا المرض وفي احوال اخرى قد تكون الاعراض المصاحبة لسير
 هذا المرض عين الاعراض التي تصاحب الثقب المعدي وتكون واصفة
 له وذلك كالآلام المعدية والتي الدموي الذي يحصل زمناً فزماً وقد تضع من
 مشاهدات الاحوال المعلومة لنا عدم صحة أن كلام الامم المعدي والتي
 يتأخر حصوله في احوال القرحة الناقبة الاثني عشرية عن القرحة الناقبة
 المعدية كما انضح ايضا انه يندوان يكون مجلس الالم ساقطاً الى الجهة اليمنى
 والسفلى من القسم الشراسيفي وزيادة على ذلك لا يحصل البرقان بكثرة في
 احوال القرحة التي نحن بصدد بحثها بحيث ان التشخيص التمييزي للقرحة
 المذكورة ليس له سند يرتكن اليه وانما الذي يتضح من ندر اصطحاب
 القرحة الاثني عشرية الناقبة بالبرقان هو ان هذه القرحة كالقرحة المعدية
 لا تصطب على الدوام بل ولا في الغالب بتغيرات نزلية في الغشاء المخاطي
 ولو كان هذا الاصطحاب كثيراً لحصول اضطراب التغذية بسرعة في
 القرحة المعدية واصطعبت القرحة الاثني عشرية كثيراً انسداد في القناة
 الصفراوية وحباس في الصفراء وامتصاصها (اعني بالبرقان) وعلى هذا فحتى
 حصل التهاب بريوني فجائي عقب اضطراب خفيف في الهضم لا يمكننا الحكم
 القطعي بانه حصل ثقب في قرحة معدية او اثني عشرية كما انه لا يمكننا قطع
 الحكم في ذلك عند مشاهد مجموع الاعراض السابق ذكرها أعني الاحساس
 بالضغط والامتلاء في القسم الشراسيفي عقب الاكل وازدياد حساسيته
 والآلام المعدية والتي هو بخلاف ذلك انما هو من حيث ان القرحة المعدية أكثر
 حصولاً من القرحة الاثني عشرية فالغالب ان يكون مجلس القرحة المعدية

لا الاثني عشرى وبالجمله فقد ذكرت أحوال مرضية في كتب الطب فيها
اصطبحت القرحة الاثنا عشرية بألم يأتي على نوب واستنتج من كون مجلس
هذه الآلام في الجهة اليمنى من القسم الشراسمى ومن حصولها بعد الاكل
بثلاث أو أربع ساعات ومن فساد الهضم المحضى ومن تعدد المعاناة الواضح
جداً أن المريض مصاب بقرحة اثني عشرية على غلبة الظن ومع ذلك ففي
مثل هذه الاحوال لا يمكن التمييز بين التضايقات البسيطة والتضايقات
السرطانية للبواب

وحيث أنه يدسر علينا التمييز بين القرحة المعديّة المنقحّة والتي شفيّت
وخلفتها اثره التهام فلا بد وان يتعذر علينا عدم التمييز بين القرحة الاثني
عشرية المنقحّة واثره التهام التي شفيّت والالتهاب البريتوى الذي ينشأ
عن ثقب القرحة الاثني عشرية فيصف بعين الظواهر التي تحصل من ثقب
القرحة المعديّة غير انه يظهر انها اسرع منه في السير وما ذاك الا بسبب
اختلاط المواد الصغراوية بالمواد المتسكبة في البطن

* (المعالجة) *

معالجة القرحة المعديّة الناقبة تستدعى عن الوسائط التي ذكرناها في
معالجة القرحة المعديّة كت تنظيم التدبير الغذائى واستعمال مياه الينابيع
الطبيعية القلوية أو القلوية المهيبة خصوصاً المياه القازية القلوية كيناسيغ
(كرلوس باد) و (امس) وكذا تستعمل في بعض الاحوال نترات البزموت
او نترات الفضة من الباطن وعند وجود آلام معديّة شديدة تستعمل
المخدرات

* (المبحث الثالث) *

(في تضاييق القناة المعوية وانسدادها)

الاجود شرح جميع التغيرات المتنوعة التي تحدث تضاييقاً وانسداداً في
المعى في مبحث واحد فان معظم الاعراض التي تليق عنها واحدة
* (كيفية الظهور والاسباب) *

تضاييق المعى أو انسداده قد يكون أولاً ناتجاً عن ضغط أو أكثر مما يحصل من
ذلك ضغط المستقيم بواسطة انقلاب الرحم أو أورام في الحوض كالورام

الرحم البقيية او الاكياس المبيضية التي تشغل عند ازدياد حجمها محالا غير
اعتيادي أو الاورام أو الخراجات التي ينشأ عنها عظام الحوض او غيره من
الاعضاء وقد يضغط بعض أجزاء من المني المحتلثة بالمواد السفلية او المكاثرة
للاستحالة السرطانية على أجزاء معوية كائنة أسفل منها كما ان الضغط قد
يكون واقعا من جزء مساريقي منخذب الى أسفل بواسطة عروقة معوية
محصرة في كيس فتقى على بعض أجزاء المني الكائنة بين هذا الجزء المساريقي
والعمود الفقري

ثانيا قد يكون تضايق المني ناتجا عن تغير مادي في الجدر المعوية كما هي اغلب
أشكال التضايق المعوية وأكثرها حصولا ما ينشأ عن التحام القروح المعوية
سيما القروح النزلية والجراية والدوسنتاريا ويندر أن ينتج التضايق
المعوية عن التحام القروح الدرية ولا يحصل أبدا عقب القروح التيفوسية
وقد تشاهد تضايقات ندية في المستقيم عقب التحام قروح زهرية او جروح
فيه ويندر جدا مشاهدة التضايق البسيطة في المني اى الناتج عن مجرد ضخامة
في جدره كما يشاهد ذلك أحيانا في المريء والبواب وقد يحصل التضايق
المعوية من تولدات مرضية جديدة سيما التولدات السرطانية وسيأتى ذكر
ذلك

ثالثا قد يكون انسداد المني عن التوائه على محوره فان التواء المني ولو نصف
التواء يكفي في ازالة تجويفه وحصول الانسداد اذ يتم اما بالتواء الجزء المعوي
على محوره واما بالتفاف المساريقا بتمامها أو جزء منها مع العروقة المعوية
المرتبطة بها واما بالتفاف احدى العرا المعوية مع الجزء المساريقي المرتبطة بها
على عروقة معوية أخرى ومما يهيئ لحصول الالتفافات المعوية على محورها
كثرة طول المساريقا واسترخاؤها

رابعا قد يكون انسداد المني عن اختلاف باطنى ويحصل ذلك متى دخلت
احدى العرا المعوية في ثقب في التجويف البطني او اندفعت خلف رباط
متوتر فيه واحتسبت بذلك فقد يختنق جزء معوي في ثقب (ويترو) اوفى
ثقب عارض او خلقى في الثرب اوفى المساريقا والغالب ان تكون الالفة التي
تؤدي للاختناق الباطنى بقايا التهاب بريتنى حصل من قبل وقد توجد بين

الاعضاء المحتاجة خصوصاً بين الرحم والاعضاء المحيطة به وقد تلتصق إحدى
الغرا المعوية حول الثرب المتورث المثبت في الأسفل أو حول المعلقة الدودية
الملتصقة طرفها به فتختنق بسبب ذلك

خامساً قد ينفذ المني عقب اندفاع جرعه معوى في تجويف الجزء التالى له
والغالب ان يحصل هذا الاندفاع من أعلى الى أسفل ويسمى ذلك بالغمغمة
المعوى وإذا حصل انسداد المني عقب انعطاف جرعه معوى على نفسه سمى
ذلك بالتداخل المعوى ومتى وقع التداخل المذكور تراكم ثلاث طبقات
من المني على بعضها فالطبقة الظاهرة أو العليا تسمى بالغمغمة والوسطى
والباطنة يسميان بالغمغمة تدب فالطبقة الظاهرة والوسطى يتلامسان
بسطحيهما الخارجيتين والوسطى والباطنة يتلامسان بسطحيهما الداخليين
وتوجد المسار بقاء متوسطة بين الطبقة الوسطى والباطنة وحيث انها مشبعة
لقاعدة تجذب النجس اباشاً ديداناً تدخل المني فينجذب الجزء المثبتة فيه
بانجذابها فيكتسب الجزء الموى الغمغمة شكلاً منحرفاً وفحمة تتحول من
المركز نحو جدران الغمغمة فتكتسب شكل شق ضيق منجذب وبواسطة توارد
لمواد المعوى عليها المني يدفع الجزء الغمغمة الى أسفل تدريجاً وأما الجزء
المعوى الظاهر فيزداد انعطافه والتداخل المعوى يشاهد في المني الدقيق
والغليظ ولا يندران يوجد الجزء السفلى من المني الدقيق متداخلاً في المني
الغليظ وهناك أحوال شوه فيها الصمام اللفائفي الاعورى قرياً بجدام
الشرح أو بارزاً منه ثم ان التداخلات المعوية تنشأ غالباً بامدة سير الاسهالات
المزمنة وكيفية حصولها على غلبة الظن ان جزءاً من المني ينقبض انقباضاً
قوياً بالحرارة البدائية ويستطيل مع ذلك ويتجه نحو الامام كدوة
ساجسة فيدخل بقدر ما تسمح له ذلاقة البريتون وتثبته بالمسار يتما في جزء
معوى آخر أسفل منه غير متقبض تلك الحركات فعمدة ذلك ينجذب جزء من
هذا الاخير به اللائق وينعطف وبواسطة سر كات ديدانية جديدة يزداد
الندفاع الجزء الغمغمة من المني في الجزء الظاهري الغمغمة الى ان يقف اندفاع
الجزء الباطنى المذموم وبواسطة مقاومة المسار يتأثر بالتصاق القنوات
المتداخلة في بعضها وقد يشاهد تداخل معوى او تداخلات معوية قصيرة

في جثة الاطفال سيما الهالكين عقب الاستسقاء الدماغى لكن هذه
التدخلات تعجز بطواهر ومبة حصلت عند النزاع كما ثبت ذلك فقد
الظواهر الانتهائية والظواهر ان حصولها قد يكون ناتجا عن انقباضات
معوية غير منتظمة بها تدخل الاجزاء المنقبضة من المعى في الاجزاء المتسعة
منها ثم انه بقى امر ينبغي ملاحظته وهو انه قد نشاهد انقباضات معوية ظاهرة
من خلال الجدر البطنية عند بعض الحيوانات قبل موتها بقليل وذلك بعد
حصول شلل في المجموع الدماغى الشوكى

سادسا قد ينسد المعى بواسطة المواد الثقيلة الجافة الصلبة المتراكمة فيه او
تجمعات حجرية ممتلئة في مواد ثقيلة متكتلة ورواسب من أملاح
فوسفاتية وكاسية والانسداد الناشئ عن ذلك قد يكون تاما بالكلية
والاعراض التى تظهر مدة الحياة تكون خطيرة جدا كالمى في الالتواء المعوى
والاختناق الباطنى والتدخلات المعوية والاحوال التى فيها زال كل من
تقايى المواد الثقيلة والامساك المستعصى بواسطة تعاطى الرقيق المعدنى
بكمية عظيمة وغير ذلك من الوسائط القوية لا ينبغي اعتبارها أحوال شفاء
للاختناق المعوى الباطنى بل دلتغالبا على ان احتباس المواد الثقيلة ينتج
عنه مجموع الاعراض المعبر عنها بالقولنج وعفص (رب ارحم) والانسداد
الكللى للمعى بواسطة المواد الثقيلة المتراكمة قد يشاهد في الحال التى فيها
عائق ميكانيكى يعوق دأغما سير متحصل المعى فيه اويطنه وذلك كاعلى محال
انقضاء المعى والتصاقاته التى سبق الكلام عليها في المبحث السابق وكاعلى
الاصفار المنضغطة من المعى وأعلى التضايقات المختلفة منه ويظهر في أحوال
أخرى ان ضعف حركات الطبقة العضلية من المعى او تناقص افرازها المخاطى
يعين على تجمع المواد الثقيلة السادة له وقد نشأ هذا الشكل من الانسداد
المعوى عن الافراط من تعاطى المواد الغذائية التى تتكون عنها مواد ثقيلة
بكثرة كتعاطى البقول والخبز المحتوى على كثير من النخالة او من تعاطى
الهليون غير جيد التقشير

(الصفات التشريحية) *

أما شرح الاورام المختلفة التى يمكن ان تصطب على المعى فيخبر جناعن

الموضوع والكلام على الصفات النشرة بحجة للتضايقات المعوية يذكري
مبحث التغيرات المرضية التي تنتج عنها وتغيرات أوضاع المعوية لانسدادها
قد سبق الكلام عليها في هذا المبحث

وهو جد المعوي أعلى محل التضايق مدة دامت عظمى عادته ومرتجعاته عظمى
بسبب استطامته وهذا الجزء من المعوي تكون جدره ذات ضخامة ونجويته
ممتلئة بالغازات والمواد الثقيلة ويوجد المعوي أسفل محل التضايق فارغا ومنطبقا
على بعضه والغشاء المخاطي في الحال المتجمعة فيها المواد الثقيلة زمن طويلا
يوجد بحسب العادة ذات التهاب ينزلي من من يشور زمنافزمنافته قل في الحالة
النزلية الحادة وعند انسداد المعوي تنضغط أوعيته وأوعية المساريق وتوتر
فيمتد عن ذلك احتقان عظيم في الأوعية الشعرية يؤدي لحصول اتساع
عظيم في جدر المعوي والتهاب ينزلي شديد في غشائه المخاطي وارتشاح مصلي
في الطبقة المصلية وأنزفة قليلة فيها والغالب أن ينضم لهذه التغيرات التهاب
يرتوي كثيرا لامتداد وقليله ثم إذا بقي الضغط الواقع على الأوعية وتوترها
نتج عن ذلك ركود الدم فيها ركودا تاما ووقوع الجدر المعوي في
الغمرينا

وفي هذه الحالة يمكن أن يشأ عن ذلك تنقبض في المعوي يكاد يؤدي إلى الهلاك
عقب التهاب البريتوني الثقيل وهناك أحوال نادرة فيها تكون جدر المعوي
قبل الثقوب ملتصقة بجدر البطن وحينئذ يمكن أن ينتج عن ذلك ناسور
برازي أو شرج غير طبيعي وشرح ذلك منوط بعلم الجراحة ثم أنه في الثدي داخل
المعوي يمكن أن يحصل شفاء نسبي من موت الجزء المتغمد وانفصاله ثم سقوطه
من الشرج وذلك متى حصل التصاق متين بين الغمد وجزء المعوي المتداخل
فيه قبل الانفصال المذكور غير أن هذا الجزء يبقى دائما تضايق سيما إذا لم
يتغير إلا الجزء السفلي من القطعة المعوية المتغمد وبتفصيل ويبقى الجزء
العلوي ملتصقا بالغمد نفسه بحيث يبقى جدر المعوي في هذا الحال متكونة من
ثلاث طبقات معوية متلاصقة

* (الاعراض والسير) *

أهم عرض للتضايق المعوي صعوبة التبرز وبطؤه لكن حيث أن كثيرا

من الأشخاص يعزى بهم ما ذكره بلا عائق ميكانيكي مانع لمروور مخصص
المعى لا بأس أن تتكلم مع الاختصار على هذا الامسال الاعتبارى
فنقول

الامسال الاعتمادى هو عبارة عن بطء وصعوبة فى المنبرز وهو فى الحقيقة حالة
نسبية أى مختلفة باختلاف الأشخاص كما ذكره الشهير (هينوخ) فى كتابه
المتعلق باكلينيك الأمراض البطنية عند شرحه لاسباب الامسال وأعراضه
مع الإيجاز فقد جردت العادة أن بعض الأشخاص لا يحصل عندهم نبرز إلا فى
كل يومين أو ثلاثة مرة وهم مع ذلك فى صحة جيدة وإذا تكرروا عندهم التبرر
زيادة عن ذلك رفعت صحتهم فى اضطراب وإن بعض الأشخاص تضطرب صحتهم
و يتبرزون إذا لم يحصل لهم تبرز فى كل يوم مرة أو مرتين وسبب ذلك قلة
تكون البراز عندهم وهؤلاء تعاطيهم مطعومات لا تحتوى إلا على قليل جدا من
المواد غير القابلة للهضم ولأنه يتم عندهم تماثل العناصر الغذائية مما لا
تأما وأما الآخرون فيكثر عندهم تكون البراز مالم تعاطيهم مطعومات
تحتوى على كثير من المواد غير القابلة للهضم أو اضطراب قوة الهضم
عندهم وقد يحصل الاختلاف المذكور فى أناس يتعاطون مطعومات
متماثلة وقوة الهضم فيهم متماثلة كذلك وهم مع ذلك يتفاوتون فى عدد مرات
التبرز التى يحتاجون اليها لاحتفظ صحتهم وهذه الظاهرة الأخيرة يعسر عليها
توجيهها فوجهها ما يعكس أن يقال أن ذلك متعلق فى أغلب الأحوال بأن
تسمح الغشاء المخاطى المعوى عند بعض الأشخاص بواسطة تراكم المواد
الغذائية ومخصصات التحللها يؤدى لحصول النزلة فى هذا الغشاء وعند آخرى
يبقى هذا الغشاء سليما لقل تأثيره وفى هذه الحالة الأخيرة لا يكون فى المعى
المتراكمة فيه المواد الغذائية قابلية من المعازات فلا يمتزج وتر البطن ولا ينفع
ولا يدفع الحجاب الحاجز إلى أعلى ولو تأخر التبرر يومين أو ثلاثة أو أكثر وأما
الحالة الأولى فيتم كون فيها غازات بكثرة بسبب سهولة التحلل من مخصصات
المعى عقب تأثير المواد المخاطية الملتصقة بمجدد المعى تأثيرا خفيفا فى المتخصصات
المذكورة فتفسدها وحينئذ ينتفخ البطن انتفاخا عظيما حتى إن احتباس
المواد الغذائية ولو قلبه لا ينشأ عنه المكابحات والأعراض التى سرعان

في البحث السادس ولنصف للشرح المتقدم ذكر بعض الاعراض المتعلقة
بجذرتراكم المواد الثقلية في الجزء السفلي من المي سمي في التعريج السفلي
والمستقيم فنقول يوجد احيا ناعند بعض المرضى احساس بعدم الراحة
عقب الذنبر وذلك انهم يحسبون يتقاع بعض مواد ثقلية في المي كان ينبغي
خروجها حساسا باقترده يحدث عنهم قلقا ويصيرهم ذوى كآبة وكثيرا
ما ينضم لذلك اعراض أخرى ناتجة عن الضغط الواقع من المي المتلئ على
الاوعية راحة اعضاء الجوارق له ويؤدي هذا الضغط الواقع على
الاوردة الحرقفية المتفاخ وديماوى في الاطراف السفلى والغالب ان
تسبب المرضي المصابة بالامساك الاعتمادى دبيرة وفي الرجلين وهذه الظاهرة
المنعجة تنبعث عن عرق رجوع الدم من الاطراف السفلى بلاشك كما انه ينتج عن
الضغط الواقع على الاوردة الحرقفية الباطنة تمددات وعائية في جذر المستقيم
غالبا وغرق في جذر الاوعية المتقدمة المذكورة زمنا فزمنيا يعقبه حصول سائل
باسورى والامامة تبلغ في منقعة القدرات الدوائية الباسورية والسائل
الخارج منها زاعمين هذا هو السبب في تعرضها لانه نتيجة له وبهذه
الكيفية يحصل ايضا عائق في سير الدم الا فوه من الشبكة الاستحيائية عند
الرجال او الوعائية الرحمية عند النساء ولا يكاد يشاهد اثناء هذه النساء
اللاقي يعترين امساك الاعتمادى علامات افعانات رحمية تضخم من ظهور
الطمث الغزير والتولات الرحمية وتؤدي فيما بعد الى حصول اضطرابات
غذائية قوية في الرحم غالبا وبهذه يتضح سبب شجرة منقعة حبوب مورشوات
وجوده تأثيرها في اضطرابات الخيمص والسيلا لايض عند النساء وكذا
يكثرا يشاهد عند الرجال الذين يعترين امساك الاعتمادى بسبب عوف
رجوع الدم من الشبكة الوعائية الاستحيائية انعطاف وفيضان منوى يوقعهم
ذلك في فزع عظيم مع ما كانوا عليه من السكابة من قبيل وبالجملة فقد
يحدث الضغط الواقع في المنقعة الهجزية من المي المتلئ آلاما عصبية في
الاطراف السفلى او اساءة يلقى فيها وهو الغالب ثم ان اسباب الامساك
الاعتمادى غير الناتجة عن انحناءات او التصاقات او تضايقات موهية مختلفة
الشكل غير واضحة لما وجود الامساك الاعتمادى عند النساء اكثر منه في

الرجال ولا يشد في المراهقين والظاهر انه غالباً ناشئ من بطء في حركات المهي
 لكن لا يمكن الوقوف على حقيقة سبب هذا البطء وقد ينتج هذا الامسالك عن
 الاعتيادات الرديئة من حبس البراز زماناً طويلاً حسب اقهرها ولذا اعدوا
 المعيشة الجالوسية كوظائف أكثر العلماء وبعض الصناعات من أسباب هذا
 الامسالك ومع هذا فلم يثبت ان كثرة الرياضة تؤثر جيداً في سهولة التبرز كما
 قيل فان المصابين بالامسالك المذكور لم يفرحوا منهم تلك الرياضة وحدها وان
 أكثرها منها أي لم تؤثر فيهم سهولة التبرز المأمولة لهم بالرياضة وقد يكون هذا
 الامسالك ناشئاً عن حالة نزلية مزمنة في المهي تؤدي ولومع سعال الجدر المعوية
 الناشئة عنها الى حالة قريصة من الشلل في طبقة العضلية كما ذكرنا ذلك في
 النزلة المعوية ولذا يعتري الأشخاص الشبهين في الماء كل امسالك اعتيادي
 غالباً وقد نسب بعض المتأخرين من الأطباء هذا الامسالك اضعاف في قوة
 عضلات البطن وذكر أحوالها حصل من تمرن العضلات المذكورة تمرناً
 تدريجياً في حركات الزحير وشفاء في الامسالك المذكور ومن الأسباب
 المضرة كضعف فعل العضلات البطنية المذكور بعد الجدر البطنية فمدا
 رائد عن الحد واسترخاؤها كما يشاهد ذلك عند النساء عقب الولادة المتكررة
 سيما الولادة التوأمية فان مثل هؤلاء النساء اللاتي تكون عندهن الجدر
 البطنية رقيقة جداً حتى انه يكاد يحس بالاحشاء من خلالها يعتريهن على
 الدوام امسالك اعتيادي الواقع ان مثل هؤلاء لا يكون عندهن قوة على الزحير
 لكن يشاهد فيهن علامات الامتلاء الواسع في البطن والنزلة المعوية المزمنة
 اللتين هما فاقتهما يمكن توجيه تدبير لتبرز

وحديثنا ان الامسالك الاعتيادي ينشأ عن عدة أسباب وان هذا العرض
 بانفراده لا يكفي في تشخيص المضائق المعوية فكيف يعرف ان التضاييق
 المعوية وحده هو السبب الناتج عنه الامسالك ومعرفته ذلك تنبئ على
 اعتبارات منها اعتبار مواد التبرز فاتها في أشكال الامسالك الاعتيادي
 غير الناشئ عن المضائق المعوية فتخرج على شكل منباري ذي قطر غليظ
 جدها غالباً وأما في الامسالك الناشئ عن تضاييق المعوي سيما الذي يجلسه الجرح
 الشمللي منه فان سواد التبرز فيه تكون مدقة القطر على هيئة منبارة دقيقة في

غلط الخنصر او قطعاً مستديرة كغير الغنم ومع أهمية هذا العرض
 في تشخيص التضايق المعوي ينبغي ان لا يذهب عن الطبيب أن مثل هذا
 التضايق يشاهد عقب الجوع المستطيل وعقب الامراض المستطيلة
 بان المعى الفارغ الذي ينقبض على بعضه في أثناء هذا الزمن يظهر أنه
 لا يعود الى قطره الاصلى الا تدريجياً وكذلك الانقباض التشنجي
 للعضلة العاصرة والمواد الثقيلة الناشئة عن ذلك في بعض الاحيان يشبه
 شكلها شكل المواد الثابتة المذكورة فلا ينبغي الحكم بوجود تضايق
 معوي الا متى تحقق عدم وجود الحالتين المذكورتين أخيراً ومن الامور
 التي يعقد عليها في تشخيص تضايق المعى البحث عن تاريخ المرض فقد ذكرنا
 ان أكثر التضايقات المعوية حصولاً ما يندشأ عن انقباضات تذبذبية التهامية
 ولذا يغلب على الظن ان المريض مصاب بتضايق معوي متى شوهدت امساك
 اعتماداً على مواد الثقيلة ذات شكل مخصوص عند من كان مصاباً
 بالدوسنتاريا المستطيلة المادة او عقب اسهال كان مصحوباً بتقرح في المعى
 كما انه ييسر للطبيب في أحوال أخرى من معرفة تاريخ ارض الجرم بوجود
 انقباض في الرحم أو ورم آخر في الحوض ضاغط على المعى ومضيق له ومن
 المهم جداً في الوقوف على حقيقة التشخيص البحث الطبيعي فان التفاح جزء
 محدود من البطن ووجود صوت طبل في محمل الانقباض المذكور يدل على
 وجود جرم معوي متعدد على صفة تضايق من المعى بشرط ان تكون هاتان
 العلامتان مستقرتين بحيث تشاهدان عند تكرار البحث وبالجملة ينبغي أيضاً
 عدم الاهمال في البحث عن المستقيم بالدقة حتى ظن بوجود تضايق معوي فحي
 لم ييسر العثور على التضايق بواسطة الاصبع وجب استعمال قسطر عرنة
 وليجترس الطبيب عما يوقعه في الخطأ من عثور القسطر المذكور على
 النخيب العجزي او على ثنية معوية تنبع من دخولها في المعى ومن الانقباضات
 التشنجية للمستقيم وقت البحث المذكور قائم اقد توقع الطبيب غير المقرون
 في الخطأ ومن المهم جداً الاجل الوقوف على حقيقة التشخيص عند النساء
 التاكيد من حالة الرحم ووضعها ووجهه بواسطة البحث عن المهبل او عن
 وجود أورام في الحوض

وأما أعراض التضيق المعوى المفزعة جدا المهددة للحياة عند تقدم سير هذا المرض فقلبه بالوضوح في الابتداء غالبا وغير خطيرة في الظاهر وذلك ان المرضى يحسون بانتفاخ خفيف في البطن ومغص يظهر ظهرا ودورا ثم يزدول ويظنون ان عندهم تكديرا في الهضم فيتعاطون من تدفئة أنفسهم منقوع البابونج أو ملىنا لطيفا ولا يندبون الطبيب للاستشارة كما هي العادة الا اذا لم تنفخ هذه الوسائط الخفيفة وازداد الألم مع استعماها ولم يحصل لهم تبرز أو حصل لهم تموج أو تقبؤ وجموع هذه الاعراض يحصل منه دائما للطبيب الحاذق المقرن نزع عظيم فأقول ما يجب عليه البحث الدقيق عن جميع أصناف الجسم التي يتأى حصول الفتوق فيها وليحترس الطبيب من ظنه صدق المريض في اخباره من أول الامر من انه مصاب بفتق او من اطعمته انه يجوابه لانه ليس عنده فتق عقب السؤل منه وكما يبحث بالدقة عن جميع ما ذكر بحث أيضا عن المسهقين والمهلل للتحصن عن وجود عائق مانع لمرور المواد الثقيلة وعدم وجوده والطبيب ولومع ما به من الفزع والرعب في مثل هذه الاحوال يرجح عنده عادة أن مجموع الاعراض الموجودة عند المريض ناتج عن احتباس المواد الثقيلة احتباسا ممتد صبا لكنه يمكن قهره بالمعالجة اللائقة فبأمر للمريض باسعمال الحقن والمسهلات من زيت الخروع بمقدار عظيم مع اضافة قليل من زيت حب الخولث وعند ما يعود للمريض ثانيا عما قليل من الساعات من تلقاء نفسه له لقزعه عليه بجدا أن ما يخرج من الحقن اما قليل من المراد الثقيلة من الجزء السفلى من المعى او انه لم يحصل منه أدنى تأخير وهو الغالب او ان الحقن لم يتأخر بالكلية اجراؤه او ان تعاطى زيت الخروع ولو مضاف اليه قليل من زيت حب الخولث لم يثمر بالكلية وحصل عقب تعاطيه عند المريض ازدياد في الآلام وفيه تكرر من مراد ضاربة للخرقة وان هبطت قد انفلتت فصار من غير الوجه مما قد لا يدرى الجلد سيما جلد البطن صغير النبض فينتذرا كذا الطبيب ان معى المريض مسدود بعائق قديتا فيصناعة الطب ان الله أو لا يتأخر في ذلك انما الخ البطار تدري بما يحصل عنده قريب من شدة في غاية الا كما سبب عنها المرضي بالتعباضات تشنجية ويزيد في نوب المنة من غير ان يفي من رويها فتلون

في السمرة والتغير شيئا فشيئا حتى تكسب روائح المواد الثقلية وهذا يزيد في فرغ المريض ومن حوله من أقاربه وقد حصلت مجادلات عديدة في ان انسداد المعى الدقيق هل يكون مصحوبا بانحروج مواد ثقلية أولا وان هذا لا يحصل الا اذا كان مجلس الانسداد المعى الغليظ الذي فيه يأخذ الغائط في التكوّن وقد انضح هذا التجادل بالصفات التشرّحية فعمل ان منحصلات الصائم تكون ذات رائحة كرائحة المواد الثقلية سيما متى مكثت في هذا الجزء من مناطق الاوان في التقايمي المعروفة بالتقايمي الغائطية ثم صدر انقذاف المواد الثقلية الحقيقية او عدم خروجها أصلا والذي يظهر لي ان منحصّل المعى الغليظ لا يمكن رجوعه من الصمام الاعورى للقائى الى المعى الدقيق والمعدة والذي يظهر ان منحصّل المعى الدقيق يصل الى المعدة عند انسدادها بالكيفية الاسمية وهي ان انقباضات جدر المعى تدفع المواد التي لم يكن طردها الى أسفل نحو الاعلى وهل ذلك يتم بكيفية منظمّة بمعنى ان انقباض جزء على يعقبه انقباض في الجزء الكائن أعلاه بحركات ديدانية منظمّة هذا أمر غير مجزوم به وعلى كل حال فن الواضح أن جميع المسهلات الشديدة تريد في رجوع منحصّل المعى الى المعدة مادام العائق موجودا وذلك بتقويتها للانقباضات المعوية ومن المهم في حركات القيء التي تحصل حينئذ فعل عضلات البطن فانها هي والانقباضات العضلية للجزء البوابي السبب في قدح منحصّل المعى الى الخارج ثم ان هذا المرض قد يكثر احيانا أسبوعا أو أسبوعين أو يزيد مع الاعراض السابقة التي قد تكون متردة احيانا تزداد فية او في أثناء القوب التي تسبق التي عادة يحس او يشاهد في البطن عروقة معوية في حجم ذراع تصعد الى أعلى ثم تنقلب فيه بحركات تعبانية مصحوبة بقراقر واضحة فكان المعى يتصارع بقوة مع ما فيه من المواد المتخسّسة لكن هذه الحركات التشنجية لا تثير فالمرضى مع تغير هيمتهم باكلية تكون ذوى حالة مفرّعة فيكون اللون تراسيا وسخا والوجه مغطى بعرق بارد والأيدي باردة غير محسوسة النبض وأما الادراك الفسيقي غير منكدر زمنيا طويلا ثم تلك المرضى في حالة انحطاط باعراض الشلل العموي هذا اذا لم ينضم لانسداد المعى سرعه اعراض التهاب البريتوني المنتشر فان

انضم له ذلك اختلاف صورة المرض حينئذ وتغيرت فالبطن يتمتخ بسرعة عظيمة ويصير متورما مؤلما جدا بحيث لا ينحمل أدنى ضغط عليه وحيث ان النضج الالتهابي البريتوني في مثل هذه الحالة لا يكاد يوجد الا بين العرا المعوية المتعددة لا يتيسر معرفته بواسطة صورة القروح الفارغ في الاجزاء المتهددة الانادرا والمرضى لا يكونون في حالة قلق وضجر في فراشهم مثل الحالة السابقة بل مستلقين على ظهورهم في حالة سكون متجنبين للحركات بالكيفية لانهم لا يزيد تألمهم ويتواتر النبض جدا وترتفع الحرارة كذلك ويضغط الحجاب الحاجز المتدفع الى أعلى على الرئة فيصير التنفس سريعا وعروق استفرغ الدم من القلب الايمن يكسب المريض لونا سيئا وزياد لا يدوان تخفى بالكيفية اعراض الالتهاب البريتوني المنتشر اعراض انسداد المهي القليلة الواضوح السابقة الذكر حتى لا تراعى مراعاة تامة اذ يعرف الالتهاب البريتوني دون الاختناق الباطني المعوي اى الانسداد المعوي الناتج هو عنه فعلى الطبيب حينئذ ان يتمسك بقانون عام هو انه لا يعتمد وجود الالتهاب البريتوني الا وما تبنى كما يقال الامع غاية الاحتماس وان أول شيء يتصور وجوده في جميع الاحوال التي يظهر فيها الالتهاب البريتوني ما عدا زمن النفاس هو أما تشعب معوي او قروح او انسداد معوي حاد ومتى كان حصول هذا الجائبا ولم يكن مصحوبا بالقيء كان دليلا على وجود التشعب وأما اذا كان تدريجيا ومصحوبا ابتداء بالقيء واستمر هذا القيء مع الاستعصاء أو ظهر به مواد ثقيلة دل ذلك على وجود انسداد معوي دلالة أكيدة وسير المرض في هذا الشكل الاخير سريع جدا فانه يحصل بعد أيام قليلة من الفطاط وسيل عامان والغالب ان يعقبه الموت

والغالب ان لا يعرف مدة الحياة ان مجموع الاعراض التي شرحناها ناشئ عن التواء في المهي واختناق باطني او تغمد او انسداد فيه بواسطة تجمر المواد الثقيلة وليس عند الطبيب أدنى علامة يعتمد عليها في تشخيص الالتواء المعوي مدة الحياة وأما وجود الاختناق المعوي الباطني فيعرف بالتأكد من ان المريض كان مصابا سابقا بالتهاب بريتوني فان كلامنا الالتهاب والاحبة التي ينشأ عنها الاختناق المعوي غالبا يكاد يكون دائما بقايا الالتهاب

البريتوني السابق حصوله وأما التغمد المعوى فقد يظهر في أعراضه
 خصوصيات بها يسهل تمييزه عن بقية أشكال الانسداد المعوى وذلك أنه
 يوجد فيه ورم شكله كشكل المنبار ذو مقاومة يبرزة عادة يحس به أحيانا
 من خلال جدار البطن سيما إذا لم تكن هذه الجدر متوترة ولا يمكن زحزحة هذا
 الورم الا قليلا ولا يمكن بالكفة ويكون مؤلما عند لمس وبالقرع عليه
 يكون صوت القرع غير فارغ بالكفة عادة أي ليس أصم بالكفة وفي هذا
 التغمد يكون الانسداد المعوى غير تام بالكفة غالبا بحيث يخرج من
 المريض مواد ثقيلة وغازات زمنا فزمتنا ويحصل زيادة عن ذلك احتقان
 عظيم في العروة المعوية بسبب الضغط الواقع على اوردة قنيتها المسار يقيصة
 احتقاناً يؤدي لسهولة تمزق او عمية الغشاء المخاطي المعوى وخروج مواد
 دموية فقط او دموية مخاطية من الاست وهذه الظاهرة مهمة في تشخيص
 التغمد المعوى عند الاطفال الذين يشاهد فيهم هذا المرض بكثرة وفي هذه
 الاحوال يكون كل من القولون والاعور والصاعد في الاغلب منقلباً على
 الجزء السفلي من المعى الغليظ أو على المستقيم ولا يكون الامساك كما هو يندر
 ارتقاء التيء بحيث يصير غائطياً وتتفاخ البطن يكون عادة قليل الشدة
 بحيث يندر حصول التهاب بريتوني منتشر وأما الاستفراغات البرازية
 الدموية فقط او الدموية المخاطية فيندران فقد ونشخص التغمد المعوى
 نياً كدمتي أمكن الوصول بالاصبع الى الجزء المعوى المتغمد ووجدت فوهة
 مستعرضة منقبية منجبهة فتوجد در المستقيم غالباً اومتى انقذف هذا الجزء
 المتغمد وكانت معرفته مدركة وان كان متغيراً بسبب تغنغره وأما انسداد
 المعى بواسطة تراكم المواد الثقلية المتسببة فتسهل معرفته في الاحوال التي
 فيها يمكن الاحساس والاعثور بها في المستقيم ومتى وجد ورم صلب في البطن
 سهل التحول لا يبقى عند الطبيب شك في انه متكون من تراكم المواد الثقلية
 او من تراكمات حجرية سادة للمعى ثم اذا كان المريض اعترأ من قبل علامات
 تضائق المعى وارتقت هذه العلامات فجاء الى اعراض الانسداد المعوى غلب
 على الظن ان هذا الانسداد الفجائي ناتج عن المواد الثقلية الصلبة وهذا
 الشكل من الانسداد المعوى تتأكد معرفته بسبب سيره الجيد وزوال

الاعراض فجأة عقب خروج كمية عظيمة من المواد الثقيلة
وتشخيص الانسداد المعوي والحكم على عاقبته تستلزم عماداً كرناء في اعراض
هذا المرض وسيره

* (المعالجة) *

امام معالجة الامساك الاعتيادي فقد سبق الكلام عليها في المبحث السابق
عند الكلام على المعالجة السببية بقدر ما يقتضيه موضوع هذا الكتاب
والا فلقد كرناء نافع كل جوهر مسهل ومضاره تفصيل الانظر جنان عن الغرض
المقصود من هذا المؤلف كما أنه لا يمكن ذكر شجارج المعالجة الجمنسيكية
السويدية (وهي عبارة عن تحريض الفعل العضلي والحركات لتقوية الجسم
لا سيما المجموع العضلي الخاص أو العام) في الامساك الاعتيادي لانه ليس
عندى تجارب شخصية في ذلك ومن هذا القبيل في استعمال الكهر بائية
الموصى بها في هذا الموضع ايضا فان وضع الموصلات الكهر بائية على الجدر
البطنية يمكن ان يحدث انقباضا في عضلات البطن ويتكرار استعماله
تقوى العضلات وليس لذلك ادنى تأثير في حركات المعوي ورأى من اوصى
بوضع موصل جلواني في القم وأخذ اخل الاست لاجل ازالة الامساك
الاعتيادي يعتمد من قبيل الهذيان

وامام معالجة المضائق المعوي خصوصا الذي مجلسه المستقيم فهي عبارة عن
استئصال الاورام وتوسيع التضايقات وعمل شرح صناعي وذلك منوط بقن
الجراحة واما التضايقات الكائنة في جرة بعيد عن المعوي فلا يمكن شفاؤها
شفاء تاما لكن يقتصر على استعمال تدبير غذائي به يقل تكون المواد
الثقيلة بقدر الامكان وكلما اتضحت اعراض المضائق المعوي وجبت زيادة
الاعتناء في التدبير الغذائي بان يغذى المريض بالبيض والامراق القوية
وباللحوم اللطيفة ذات الالياف الرقيقة جدا ومع ذلك يجتهد في احداث
استفرغات برازية مع الانتظام بالحقن والمسيلات واسهل الانسدادات
المعوية معالجة شكل الانسداد المعوي الذي ينتج عن احتباس المواد
الثقيلة المتبسة والتجسعات الحجرية فانه اسهل معالجة من الناتج عن تغير في
وضع المعوي وهذا انما يكون في خصوص انسداد المستقيم بواسطة المواد

الثقلية المتبسة المتراكمة فوق العضلة العاصرة للشرج بكمية عظيمة جدا والطبيب الذي يتوقى الجلس الموضعي ويتراخى في مثل هذه الاحوال حبا منه كثيرا ما يعطى الممهلات واحد بعد آخر بلا طائل واما الطبيب الجسور الذي لا يخشى المراجعة عند الاقتضاء فكثيرا ما يتحصل على نجاح عظيم لكن من المعلوم انه كثيرا ما يلجئ الحال الى التؤدة والصبر في احداث مسلك بواسطة الاصبع او يد ملقمة او حقت لاجل فتح طريق المواد الثقيلة المتبسة حتى تصل الحقن التي لا يمكن استعمالها قبل ذلك بواسطة محسسات مرتفعة يبرها من المواد المتبسة ثم تفعل الحقن المتبسة واصعب من ذلك معالجة الحالة التي تكون فيها المواد المتبسة محتبسة في جوف معوي اعلى المستقيم ومعالجة هذه الحالة ترجع لما ذكرناه في تبعية المواد الثقيلة المتبسة المتراكمة في الاعور وعند الكلام على معالجة التهاب الاعورى البرازي فيجتمد الطبيب اولاً في احداث التسبرز باعطاء بعض ملاعق من زيت الخروع او مقدار عظيم من الزئبق المحلول ويمكن مساعدة ذلك باضافة نصف نقطة من زيت حب الملوك فان لم تفر هذه الجواهر وازدادت الحقن فانه اقوى استعمالها وجبت المداومة على استعمال طلمبات الحقن فانه اقوى الوسايط وانجحها في تحليط المواد الثقيلة المتبسة المحتبسة في المعى الغليظ والوصول اليه ولا ينبغي الياس عند عدم تأثير الحقن الاولى بل تكرور مرتين او ثلاثة مدة النهار فقد شوهد بعد المداومة على ما ذكرنا خرج بعد اربعة ايام مواد ثقيلة صغيرة تبسة سهلة النفث ذات رائحة كريهة جدا مختلطة مسائل الحقن ثم خرجت كمية عظيمة من المواد المذكورة ويمكن في حالة الياس الالتجاء الى اعطاء الزئبق المسائل المهدنى من اوقا الى رطل واريد فان هذا الزئبق اذا لم يثمر غيره من الطرق العلاجية فهو يثقب بثقله المواد الثقيلة المتبسة او يدفعها الى الخارج واما التواء المعى على محوره واختناقها الباطني فيسلكه لا يشخص اكيد احتي يلجئ الى المبادرة بعملية القطع البطني التي يبادر بها في هاتين الحالتين ومن الجائز ان الزئبق المسائل يمكن ان يعدل المعى الملتوى بثقله ويرد عروية محتبسة بسبب الجذب الذي يحسده فيها متى وصل الى قريبا ومع ذلك فالاحوال التي يشاهد فيها نجاح من هذا

القيمة لا تكفي الطبيب في الوقوف على حقيقة التشخيص وحيث ان المعى
 يكون منه عطفاً من اعلى الى اسفل على الدوام في التغمد المعوى فالمسهل
 لا يجوز استعماله بالكلية لانه يزيد في اندفاع الجزء المعوى المتغمد ونزوله في
 غمده الى اسفل كما لا يسوغ اعطاء الزئبق المذكور في هذه الحالة لما ذكر
 ويمكن المبادرة باجراء الشق الباطنى ان أمكن تشخيص التغمد المعوى
 ابتداء اعتداده على ما حصل من النجاح احياناً وان أمكن الوصول من
 المستقيم الى الجزء المتغمد وجب الاجتهاد في رده بواسطة مجرى من يدخل
 بغاية الاحتراز من ثقبه على طرفه قطعة من الاسفنج فقد حصل من هذه
 الطريقة نجاح عظيم خصوصاً في بعض احوال التغمد عند الاطفال واذ لم
 يمكن الوصول الى ما ذكر وجب الحقن بكمية عظيمة من السائل او نفخ كمية
 عظيمة من الهواء في المستقيم بواسطة كبر لاجل دفع الجزء المعوى المتغمد
 ورده لكن متى طرأ الالتهاب البريتوى الشديد فلا تجدى الوسائط المذكورة
 فعلا بل تزيد في خطر المرض حيث ان الاجزاء المعوية ملتصقة ببعضها ولذا
 ينبغي الاقتصاد على استعمال الاقيون بمقدار عظيم وتغطية البطن
 بالمكمادات الباردة وكذا ينبغي الانتقال لاستعمال الطريقة العلاجية في
 الاحوال التي فيها توجد علامات الالتهاب البريتوى المنتشر كما يكون ذلك
 في بقية اشكال الانسداد المعوى

(المبحث الرابع)

(في الاصابة الدرنية للمعى والغدد المسارية قيمة)

(قيمة الظهور والاسباب)

الاصابة الدرنية للمعى والغدد المسارية قيمة ليست كثيرة الحصول كما يقال على
 العموم وبعبارة أخرى ان كثيراً من هذه الاصابات لا يكون ناشئة عن تكون
 درن دخن في المعى او الغدد المسارية قيمة وهو النوع الوحيد من الدرن الذي
 نعرف بوجوده بل ناشئة عن استحالة جنينية في الاجربة المعوية والغدد
 المسارية قيمة

والغدد المنقرضة للمعى وغدها المعروفة بغدد بيري التي هي من المعلوم انها
 ليست اعضاء مقررة بل انها مجرد غدد لينفاوية بسيطة تصاب عند وجود

التغيرات المرضية المختلفة في الغشاء المخاطي المعوي فتوجد في أحوال
الالتهابات النزلية المعوية الحادة والمزمنة متفاوتة الانتفاخ بارزة عما حو لها
وانتفاخ هذه الاجزى الناشئ من جهة عن ازدياد عناصرها الخلوية ومن
جهة أخرى عن ازدياد قبولها الكمية عظيمة من السوائل يزول غالباً بزوال
الالتهاب انزلى بدون ان يخلفه ادنى اثر لكن هذا الانتفاخ قد يستعصى
ويزداد ازدياداً عظيماً تبز ازدياد التكون الخلائى بحيث يحصل غموض عظيم
وتراكم فى العناصر الخلائية فيحصل ظهور فى هذه الاجزى واستحالة شبيهة
غير نامة أعنى استحالة جينية وكما نصاب الغدد اللينفاوية الصغيرة التى فى
جدار المعى كذلك نصاب الغدد المسارية يقبض التى تقبل السائل اللينفاوى
الآتى من الغشاء المخاطى المعوى متى كان هذا الغشاء مجساً للتغيرات
مرضية فانه يعترى تلك الغدد عند الاصابة بالنزلة المعوية الحادة والمزمنة
انتفاخ ناشئ أيضاً عن غموض لائى وازدياد فى السائل المتشبعة به وهذا
الانتفاخ يكون فى الغالب واهياً وقتياً غير انه احياناً يصير عظيماً ومستعصياً
وحيث ان تراكم العناصر الخلائية فى الغدد المسارية يقبض يكون عظيماً جديداً
لابد وان يعترى استحالة جينية

والاجزى المعوية التى اعترتها الاصابة الجينية يحصل فيها عموماً قليل من الزمن
اين فينتج عن ذلك تكون خراجات صغيرة فى جدار المعى مملئة بمواد جينية
وعند انفجارها تتكون قروح صغيرة تزداد فيما بعد ازدياد اعظمى اعقب
امتدادها الى الاجزاء المحيطة بالاجزى المعوية بامتداد التكون الخلائى فيها
وتلاشيها

ومن النادر حصول تلاحش فى الغدد المسارية قيمة المكيدة للاستحالة الجينية
وانفجار محققهم وكذا البريتون بل الغالب ان يحصل فيها تآكف تدريجى
ثم استحالة المادة الجينية الى بحينة طباشيرية او تراكمات كاسية صلبة وان
نظراً بالدقة الى الاشخاص الذين يشاهد عندهم انتفاخ عظيم مستعصى فى
الاجزى المعوية والغدد المسارية ومكابدتهم الاستحالة الجينية استبان لمان
معظمها اطفال وبالخصوص اطفال يكون فيهم للعقد اللينفاوية الدائرية
والشعبية ميل للانتفاخ العظيم والاستحالة الجينية فى انشاء سير الطفحات

الجلدية انشاعة والسيلانات الاذنية والثرلث الشعبية وغير ذلك ومثل
هؤلاء الاطفال يهرب عنهم على العموم يختار يرى البنية وكل من هذا الامر
والمطابقة الكلية للتغيرات التشريحية يستنبط منه ان انتفاخ الاجربة
المعوية والغدد المسارية يومية واستحالتها الجينية والقروح المعوية الناشئة
عن اصابة تلك الاجربة يعتبر اصابة خنازيرية في المعى والغدد المسارية يومية
ثم ان الخطأ العام في اعتبار القروح المعوية الخنازيرية ناشئة عن الدرن
المعوى سهل التوجيه فان الغدد المتفرقة المرتشحة ارتشاحا جينيا الهامر
جهة مشابهة كلية بالدرن الدخني الجبقي ومن جهة أخرى توجد بكثرة في
الصفات التشريحية اجزاء الطبقة المصلية المعوية المسامة لتلك القروح
مغطاة بدرن دخني لكن ان تأملنا حق التأمل وامننا النظر في ذلك ورد
علينا سؤال وهو ان يقال في اي زمن نشأت القروح وفي اي أوان حصل
التولد الدرن فيستنتج في كثير من الاحوال حل هذه المسئلة بان القروح
كانت في المريض منذ زمن طويل يحتمل ان يكون من منذ عدة سنين وان
الدرن لم يطرأ الا قبل الموت بقليل فحينئذ ما يحصل في المعى هو عين ما يحصل
في الرئة من انه ينضم كذلك للارتشاح الجبني والكهوف الدرنية تولد درن
بكثرة

ثم ان قابلية اصابة المنسوجات واستعدادها لان تكون مجلسا لتولد عظيم من
اخلية جديدة عند اصابة بمتغيرات النماية تتجاوز في كثير من الاشخاص سن
الطفولية كما يبين ذلك فيما تقدم لكن كما نصاب عند البالغين اعضاء أخرى
بالامراض خلافا لاف الاعضاء التي تصاب عند الاطفال فكذلك التغيرات
والاستحالات المرضية النوعية الناتجة عن هذا الاستعداد تغير مجلسهم مع
التقدم في السن ففي سن البلوغ يتسدر حصول الثرلث المعوية ~~التي~~ كثيرة
الحصول جدا في سن الطفولية ويظهر بدلائلها التغيرات المرضية للرئتين
ولذا نجد تبعا لذلك في الصفات التشريحية العديدة غدد امسارية يومية متكسرة
وقروح معوية آخذة في الالتحام مع وجود ارتشاحات جينية حديثة في
الرئتين وتهم كانت آخذة في التقدم فيهما لكن من المستغرب كون
التجارب دلت على ان الاشخاص البالغ الذين يتدربهم وجود اصابة الاجربة

المعوية والغدد المسارية بقيمة كاصابات منفردة اولية كثيرة اعترتهم ثلاث
التغيرات المرضية متى كانت رتتهم مجلسا التغيرات مرضية مشابهة لتلك
التغيرات المذكورة اوسمقت اصابتهم بها وبعبارة أخرى ان الاستحالة
الجينية في الاجربة المعوية والغدد المسارية بقيمة يندوان تشاهد مشاهدة اولية
كمرض قائم بنفسه ويكثر حصولها حصولا ثانويا كمضاعفة للسلسل الرئوي
وكل من درن المعوي والغدد المسارية بقيمة نادر يقطع النظر عن التولدات الدرينية
التي تحصل حصولا تابعيا حول قروح معوية خنازيرية ومثل ذلك يقال
في السلسل المعوي الدرني فان الطاهر في كثير من الاحوال ان الدرن المعوي
التابعي يظهر في آن واحد مع الدرن الرئوي التابعي وان السلسل المعوي
الدرني يحصل بالخصوص في الاشخاص الذين اعتراهم شكل السلسل الرئوي
الدرني

* (الصفات التشرىحية) *

الغالب وجود الاجربة المعوية المرتشحة ارتشاحا جينيا او القروح الناشئة
عن ثلاثيها ولينها في اللغات وكثيرا ما تمجد الاصابة المرضية من اللغات
الى القولون والمعلة الديدانية وهو الغالب وقد يكون القولون وحده
هو المصاب واما اللغات فيسبق سليما ويندر أن تشاهد اجربة مرتشحة
ارتشاحا جينيا وقروح في الصائم وقد كاد لا تشاهد مطلقا في الاثني عشرى
والمعدة وعدد الاجربة المصابة يختلف فقد يكون المعوي مغطى بها في امتداد
عظيم باستواء ولكن الغالب ان تكون الاصابة قاصرة على بعض اجزاء المعوي
المتباعدة عن بعضها كثيرا او قليلا وفي الادوار المتقدمة تكون الاجربة
المنفجة تعقدات كحب الدخن بارزة قليلا على سطح الغشاء المخاطي ذات
مقاومة ولون سنجابي تستحيل فيها بعد الى مادة تصفر عند استحالتها الى الحالة
الجينية وتنقص مقاومتها ومتى انتقب الغشاء المخاطي من المواد الجينية
توجد فيه قروح مستديرة (تعرف بالقروح الدرينية الاولى) وفي دور متقدم
من هذه المراض يكون كل من الغشاء المخاطي والمنسوج الخلوي المحيط
بالقروح الاولى يجلس الارتشاح جيني سنجابي ثم مصفر وتبلاشي الارتشاح
الجيني والمنسوجات المرتشحة واختلاط بجله قروح اولية يتكون فقد

جوهر عظيم (يعرف بالقروح الدرية الثانوية) وامتداد هذه القروح
 يكون على حسب محيط المعى بحيث تكون قروح مستديرة مختلفة في
 العرض ويحصل في قاعدتها الارتشاح جيني وتلاش بحيث ان القرحة تأخذ
 في الغور وتنتهي بان تنقب جدر المعى وفي أثناء امتداد القروح نحو الطبقة
 المصلية يحصل في الاصفار المهددة بالتنقب من هذه الطبقة التهاب بريوني
 محدود بحيث يمكن مجرد النظر من ظاهر المعى معرفة مجلس القروح فان
 الطبقة المذكورة في هذه الاصفار تكون وسخة نخبنة واحيانا مغطاة بنضج
 ليفي تلتصق بواسطته بالعر المعوية المجاورة ولا يدرأ ان مثل هذا الالتصاق
 بين العرا المعوية او التصاقها النشائي عن غمق في المنسوج الخلوى يقي من
 تسكاب منحصل المعى في تجويف البطن عند حصول تشبها وفي مثل هذه
 الاحوال لا يخرج منحصل المعى من جدره المتنفذة عند دفع الصقات
 القشرية الا ان انفصل هذا الالتصاق بقوة وان حصل نزيف شعري عند
 امتداد القرحة المعوية وجدت حوافها وقاعها مرشحة بالدم ومغطاة
 بتعقدات دموية مسمرة ومن النادر ان يحصل شفاء تام في القرحة المعوية
 واذا حصل ذلك فهو انكماش في المنسوج الخلوى الكائن في قاع القرحة
 فتتجذب حواف الغشاء المخاطي الى بعضها حتى تتالامس بالكلية وتلتصق
 ببعضها التصاقاً دائماً يبقى عقب ذلك على الدوام انكماش ندبي في جدر المعى
 يوجد على سطحها الباطن على شكل حوية بارزة حلقية ذات مقاومة
 وفي أحوال اتفاح العقد المسارية تكون تلك العقد مفتوحة اتفاحاً
 عظيماً بحيث تكون في عظم قبضة الحامة او الدجاجة او ازيد حتى تبلغ عند
 اجتماعها مع بعضها حجم قبضة اليد وما دام هذا الاتفاح متعلقاً بمجرد تنقو
 خلوى فان الغدد تظهر عند مدئقها رخوة ذات لون سنجابي وكثيراً ما توجد
 بعض محال من الاجربة المنفخعة مستجيبة الى مواد جينية في بعض الاحوال
 وفي أحوال أخرى يكون قليل من هذه الاجربة او كثير منها مكابد التلأ
 الاستحالة الجينية وكثيراً ما يشاهد في الجنة آثار الاستحالة المسارية قيمة
 الجينية المطفئة اى الذى انتهى سيره فتوجد تركبات كاسية غير منتظمة
 متشعبة ومحاطة بمنسوج غددى طبيعى اوضاع

وفي الشكل الحقيقي من تدون الغشاء المخاطي المعوى يظهر في الادوار الاول
من هذا المرض تعقدات صغيرة منجمية على الغشاء المخاطي فتكون اما
متفرقة او مجمعة فان وجدت تلك التجمعات الدخنية في أجزاء من الغشاء
المخاطي ولم تكن مجامع الاجربة يميز المجتمعة كان ذلك أمراً مهماً لتسكن
اليه في التمييز بين الدرن الدخني واستفاخ الاجربة المعوية وباستحالة الدرن
الدخني الى الحالة الجينية ولبنه وتقرحه تظهر قروح معوية درنية لاتصل
مطلقاً للدرجة اتساع القروح الناشئة عن الاجربة المعوية التي اعترتها
الاستحالة الجينية ويشاهد في محيطها بدلا عن المذسوج المرتشح ارتشاحا
جفيفا تحببات درنية حديثة

وعندما تصاب الطبقة المصلية بالتدرون التالي وهو كثير يشاهد أن الاصقار
المقابلة للقروح المعوية موشحة بتعقدات درنية صغيرة وهذه الاصقار
تكون ممتدة كائنته بسبب نمو خلوي فيها وكثيرا ما يكون الطفح الدرني ممتدا
من الاصقار المذكور على طول الاوعية الليفنغارية نحو المساريق
(الاعراض والسير)

يسهل في غالب الاحوال معرفة الدرن المعوى وصورة سيره متى كان عند
مريض علامات الدرن الرئوي من منذ زمن وحصل عنده اسهال خصوصا
في الصباح من مواد برازية عجينة او سائلة ونج عنها تخافة عظيمة قوي
الظن بوجود هذا المرض والمواد البرازية وان كانت مفتحة في هذه
الحالة كصفة المواد البرازية في النزلة المعوية البسيطة وكان كل من البحث
الكيميائي والمكروسكوبي عن المواد المذكورة لا يدل على طبيعة المرض
الاصلي في هذه الحالة الا ان كثرة تضاعف الدرن الرئوي بالدرن المعوى
وعدم وجود اسباب واضحة للنزلة المعوية البسيطة مع استعصاء الاسهال
يرجح أن الاسهال الناتج عن درن معوى يمكن التشخيص مع ذلك لم يزل غير
مؤكد فانه يحصل ايضا اسهال مسستعص في حالة تقدم الدرن الرئوي
ولا يكون ناتجا عن درن معوى ولا عن تغير آخر مدرك مادي في جدار المعى
ولا يمكن تمييزه عن الاسهال الناتج عن درن المعى حقيقة وهذه الامهالات
المعروفة بالمذنية تتعلق فيما يظهر بتزايد ارتشاح مصل الدم القليل الزلاية

وهو لته نهى . فنقذ من نوع الارتشاحات المصلية التي تحصل في المنسوج
 الخلقى تحت الجلد في احوال الدرن الرئوى وغيره من امراض النحوى كنهى
 عند تقدم سير هذا المرض يسبق حصول التبرز من فص عادة ويصير البطن
 متزايد الحساسية عند الضغط عليه خصوصاً في القسم الاعورى ومضى طراً
 هذا العرض الدال على اشتراك البريتون مع الامعاء وجب طرح الظن
 بان هناك امهالاً مدياً بسبب ما ثم اذا ازداد اشتراك البريتون الذى تكلمنا
 عليه في المبحث السابق زادت الآلام السابقة للتبرز غالباً ووصلت زيادة
 احساس البطن عند الضغط عليه الى ارقى درجة ولا يندر أن يشاهد فيما
 بعد بسبب شلل الطبقة العضلية امهالاً . نعم يخرج مع التبرز زمناً فزمناً من
 المواد النفاية العجينية أو السائلة كمية عظيمة جداً مع آلام شديدة للغاية
 ومجموع هذه الاعراض قد يصير الاسايح او الاشمراً الاخيرة من حياة
 المصابين بالسل في غاية المشقة والتعب . واما اذا حصل تنقب معوى فيندر
 أن تشاهد الصورة المرضية التي بينها عند الكلام على القرحة المعدية
 المزمنة فان الالتباب البريتونى الذى يحدثه التنبق في هذا المرض يكون
 محدوداً ويتكيس النضج بسبب التصاق الاعرا المعوية ببعضها ففى
 حصل عند مريض من هذا القبيل فجأة آلام شديدة فى الختلة وشاهد
 الطبيب في هذا الجزم موضعاً مقاوماً يكون عند اللمس على شكل ورم
 غير منتظم وذات صوت أصم عند القرع وجب ان يتأكد ان هناك ثقباً
 معوياً .

ومما يجب التنبيه له ان اعراض داء الصدر اى السل كثيراً ما تختفى عند
 ظهور اعراض الدرن المعوى واتضاحها بحيث يقل السعال والنفث عند
 المريض ولذا ينبغي التمسك في مثل هذه الحالة بالعلامات الطبيعية للدرن
 الرئوى للتمكن من معرفة الدرن المعوى كما ينبغي ان يشك في تشخيص الدرن
 المعوى في الاحوال التي تبقى فيها العلامات الطبيعية المذكورة غير واضحة
 ففى ظن ظهور الدرن المعوى عند طفل مثلاً ظهوراً أولياً او كان مصاحباً
 لدرن فى العقد الشعبية أمكن معرفته وان فقد أقوى سند يعده عليه فى
 معرفة الدرن المعوى فحينئذ شد الآلام وعدم لجاح المعالجة والظواهر

الحجة ترجح ان هذا السلام هو يادرينا لاسلامه و يانزليا ومن الخطا المبين اعتبار
الاسهال عرضا لازما للدون المعوي بحيث لا ينقل عنه ولذا لا ينبغي الحكم
عند فقد هذا العرض مع وضوح اعراض الدون الرتوي لعدم وجود الدون
المعوي قطعا لانه يوجد احوال فيها تبرز المريض يكون منتظما ومقاسما مع
كونه مصابا بقروح معوية درنية عمدة كما يشاهد ذلك عند ما يكون المعوي
الغليظ خاليا عن الاصابة بهذا الداء وعن غيره من التغيرات المرضية بحيث
ان المنحصرات المائية للمعوي الدقيق يمتص جزؤها السائل فتعكاثف عند
وصولها الى المعوي الغليظ ومروها منه ويكانه عند امتداد الدون للمعوي
الغليظ قد يفقد الاسهال ايضا لكون مبعوعة المواد البرازية كما يظهر ليست
ناجبة عن افراز القروح المعوية بل عن الارتشاح الاتي من الاجزاء
السائلة حولها فان شدة الالتهاب النزلي للغشاء المخاطي المعوي تختلف جدا
كما تختلف درجة احمرار الجلد وارتشاحه حول القروح الجلدية فاذا كان
الالتهاب النزلي متوسط الشدة جاز أن تكون المواد البرازية ذات قوام
طبيعي واما اذا كان شديدا فيحصل الاسهال لكن حيث ان تألم البطن
وازداد احساسه عند الضغط عليه لا يوجد غالبا ما لم يشترك البريتون مع المعوي
في التغير لا يوجد في غالب احوال الدون المعوي علامات لاواسطية تدل على
اصابة المعوي ومع كثرة حصول اصابة معوية تابعة ومعرفة كون العلامات
للاواسطية المذكورة قد تنفقد مع وجود الدون المعوي كما ذكرنا لا ينبغي
للطبيب القطع في الحكم بعدم وجود هذا المرض بل الذي ينبغي ان يقتصر
في قوله على ان الدون المعوي لم يمكن اثبات وجوده

واما اعراض الدون المساري بقى فالذي كان معولا عليه سابقا ان العقد
المساري بقية المتغيرة لا يمر منها الكيلوس وهذا هو السبب في نهوكة الاطفال
المسمى بالسلس المساري بقى والذي تحقق الآن أمران الاول ان العقد
المساري بقية المتغيرة لا يمتنع مرور الكيلوس منها ولا تفقد قابلية النفوذ منها
بل مع تغيرها يمكن حقتها حقا تاما الثاني انه قد يوجد في جثث بعض
الاشخاص الهالكين بغلة تغير درني عظيم وانتفاخ في العقد المساري بقية
وقد كانوا قبل الهلاك ذوى صحة زاهية في الظاهر وحينئذ فالدون المساري بقى

الاولى المحذورة ولا يمكن معرفته معرفة أكيدة والصورة المرضية التي كان يعبر عنها بالسل المساريقي تنتج عن تضاعف الدرن المساريقي بالدون المعوي وحينئذ ينبغي التفتي في التشخيص تبعاً لما ذكره ولو في الاحوال التي توجد فيها علامات الدرن المساريقي وهو الاسهال وانتفاخ البطن والحجى والنهوك ومن النادر العثور على العقد المسارية قيمة المنفعة بواسطة الجس وان تيسر ذلك يمكن الوقوع في الخطأ بسبب اختلاط المواد النشوية الصلبة المحتبسة بالعقد المسارية قيمة المنفعة

(المعالجة)

معالجة الاصابة الخنازيرية للاجربة المعوية والعقد المسارية قيمة ينبغي فيها قبل كل شيء مراعاة الاستعداد المرضي المحدث لهذه الاصابة والحفاظ لهما واما المعالجة الواقية والوسائط اللازمة اتساعها في ذلك فلتراجع في المعالجة الواقية من السل الرئوي انما تذكر هنا انه كثيراً ما يقع الخطأ العظيم في اتباع ما ذكره من الضرورى جداً المكث في المحال الجيدة الهواء واما دلالات استعداد كل من زيت كبدا الحوت وقهوة جوز البلوط ومنقوع اوراق الجوز وكذا الحمامات المحمية فستذكرها عند الكلام على معالجة الداء الخنازيري وزيت كبدا الحوت لا يزيد الاسهال في جميع الاحوال بحيث ان احتيج الى استعماله ينبغي اعطاؤه وينظر في تحمل المرضي له او عدمه وبالجملة فمعالجة القروح الخنازيرية والدريسة للمعي مؤسنة على نفس القواعد العلاجية للنزلة المعوية المزمنة فاذا كان الاسهال غزيراً وجب اعطاء الافيون وقبل اعطائه ينبغي استعمال الجواهر الدوائية الموصى باستعمالها في الاسهالات النزلية كالجواهر القابضة والمرة وان كان البطن كثيراً حساسية مؤلماً وجب استعمال الضمادات القاترة وان ازداد الألم ازدياداً عظيماً وجب ارسال بعض العلاق على الاجزاء المؤلمة

(المبحث الخامس)

(في سرطان القناة المعوية)

(كيفية الظهور والاسباب)

سرطان المي اندر حصول اس سرطان المعدة وحصوله يكاد يكون أولياداً
ومنفرداً في الجسم ويندران يمتد إلى الأعضاء المجاورة للمي والسبب فيه خفية
للغاية

(الصفات التشريحية)

مجلس السرطان المي الغليظ غالباً خصوصاً الجزء السفلي منه أعنى التعريض
السيئ والمستقيم ومن النادر جداً وجود ثغرات سرطانية في المي
الغليظ والدقيق في آن واحد وان وجد في الدقيق كان مجلسه غليظاً
المجتمعة

وسرطان المي كسرطان المعدة تارة يكون اسكر وسياً وتارة نخاعياً وأخيراً
أي هلامياً كما أنه يوجد كذلك في المي جملة من أشكال السرطان مجتمعة مع
بعضها وأول محل تبدئ فيه الاستحالة السرطانية المنسوج الخلوي تحت
الغشاء المخاطي فيظهر فيه على شكل الاسكيروس وبعد انثقاب هذا الغشاء
المخاطي وبروز المادة الاسكيرية وسية عليه تنمو في وسطها الاستحالة السرطانية
النخاعية والسرطان المعوي ميل عظيم للإمتداد نحو القطر المستعرض للمي
بحيث يتكوّن فيه تضايق حلقية وكثيراً ما تنسقط العروة المعوية المصابة
بالسرطان لتقلعها في محل منحدر من البطن وهذه العروة تكون في الابتداء
منحرفة ثم تثبت فيما بعد وما ذاك إلا من الالتصاقات الحادثة بينها وبين
الأعضاء المجاورة بسبب الالتصاق البريتوني الحزني أو بسبب إمتداد الاستحالة
السرطانية من المي إلى الأجزاء المجاورة لها ثم إن قطر المي قد يتضيق جداً
عقب تكون الورم السرطاني في جميع دأونه بحيث تجويفه يصير كجوف
ريشة الكتابة إلا أن طول التضايق يكون غالباً قليلاً بقدر بعض قراريط
وأعلى محل التضايق يكون المي غالباً مقدماً عظيماً ومثلثاً بالمواد الثقلية
والغازات وجدره تكون ذات ضخامة والغشاء المخاطي ذا التهاب متفاوت
الدرجة وأما أسفل محل التضايق فيكون المي فارغاً هابطاً على نفسه وقد
يحصل في مدة سير هذا المرض اتساع في التضايق عقب تفرح السرطان
وتلاشيه كما ذكرنا ذلك في سرطان المريء والبواب وقد يمتد التآكل
لسرطاني حتى يصل إلى البريتون وبعد انثقاب هذه الطبقة المصلية تنصب

المحصلات المعوية في تجويف البطن وقد يمتد لنا كل الى الاعضاء المجاورة
ان كان هناك التصاق من قبل وفي هذه الحالة اما ان يحصل استطراق بين
المرء المعوية او نواصير برازية اذا كان المعى ملتصقا بجدار البطن وعند
نا كل سرطان المستقيم يمكن حصول ثقب مهبل او مثاني كما ان ثقب الجزء
الممتلئ من المعى اعلى التضايق قد يؤدي لثقب المعى وانصباب متحصص له في
تجويف البطن او في استطراقات غير طبيعية
(الاعراض والسير)

لا يمكن في كثير من الاحوال معرفة السرطان المعوى معرفة أكيدة والمرضى
التي تصاب به تتشكى بالام اصم مستمر او ذي نوب متكررة في محل محدد ومن
البطن ويحصل زيادة عن ذلك امساك مستعص اعني ادي يوجد غالباً قبل
تكون التضايق ويكون اذ ذلك متعلقا بالاستحالة المرضية للطبقة العضلية
وزوال الحركة الديدانية للمعى في المحل المریض ويصير الامساك زمناً فزماً
مستعصياً جداً فتزايد الالام وتنفخ البطن فيحدث حينئذ تهوع وفي ونحو
ذلك من اعراض التضايق المعوى وعند زوال الامساك يحصل للمريض
راحة وقبسية والاعراض النوبية المذكورة تتردد في ازمة قصيرة وتزايد
شدتها وتمديد هذ الحياة ثم فيما بعد يتزايد الامساك جداً بل لا يمكن زواله اصلاً
وحينئذ يحصل الهلاك عقب ظهور اعراض الاختناق المعوى وان حصل
المريض الى هذا الحد ولم تتغير هيئته ولونه وتغذيته ولم يوجد ورم في البطن
ولم يرتفع في التشخيص على شكل المواد البرازية بقي تشخيص المرض
مهما وان اتضح وجود عائق مانع اسير متحصص المعى يزداد شدة بما فيها الان
طبيعة هذا العائق لا تعرف الا من الصفات الشريكية وفي أحوال اخرى
لا تملك المرضى بسرعة من نوبة انسداد المعى الحادة بل تظهر زيادة عن
الامساك الذي يزداد بالتدريج والام الاصم في البطن علامات سوء القنسية
السرطانية الثقيلة فتتخطى قوى المرضى بسرعة ويتلون الجلد بلون مخمض
وهذه الاعراض يستتبع منها على غلبة الظن ان العائق من طبيعة سرطانية
فان زادت النخانة وظهر في القسم السفلي من البطن ورم متصل مؤلم صلب
ذو حديدات بسبب رقة جدار البطن صار التشخيص أكيداً

وان كان مجاس السرطان في المستقيم نفسه أو أعلى منه ببعض قرار يبط
اشتكت المرضى بالآلام شديدة في قسم العجز تنتشر نحو الظهر والقضدين
وهذه الآلام كثيرا ما لا يعتنى بها سيما عند وجود انتفاخ وتعدد دوالي في
الاوردة الباسورية وخروج مواد مخاطية مدعمة من المستقيم فتعبر حينئذ
علامات دالة على مرض غير خطر الآن كلامن الامساك الآخذ في التزايد
وصفة المواد البرازية الخاصة بصير مخوفا فان تلك المواد يكون قطرها صغيرا
جدا واحيانا قصير مستديرة وطورا مفرطة على شكل شريط او هيئة كرات
صغيرة كبحر الغنم وخروج هذه المواد المتشبث بها طبقة من مواد مخاطية
شفافة ثم تصير صديديا يصعبه آلام شديدة لا تطاق وقد يحصل مهولة في التبرز
عقب لين السرطان وتقرحه وأنه يحصل محل الامساك الاسمال وعند ذلك
تحصل أنزفة معوية بل ويسيل من الاسفل في غير وقت التبرز سائل غزير
متغير اللون كريه الرائحة وان امتد التأكل للمهمل او المأثمة نتج عن ذلك
أحوال مهولة مكررة وشرح هذه الاحوال المهولة والقواعد التي ينبغى
اجراؤها في البحث عن المستقيم بالاصبع او المتظار ليستدل على طبيعة هذا
المرض من وظائف علم الجراحة فلا داعي لذكره هنا

ثم ان سير سرطان المعى بطى عادة الا في أحوال نادرة وينتهي بالموت بلا شئ
ويكون ذلك اما عقب الامساك المستعصي الذي يظهر اما فجأة او تدريجا
واما عقب ظهور التوركة الشديدة التي يكثر ان ينضم اليها اعراض
الاستسقاء العموي والسدد الوريدية واحيانا يسرع الموت بسبب حصول
التهاب يرتوي في يظهر اما عقب حصول التثقب المعوي او بدونه

(المعالجة)

معالجة السرطان المعوي لا تكون الا تسكينية وينبغي الاجتهاد بواسطة
التدبير الغذائي في منع تكوين مقدرات عظيم من المواد التقلية والاجود في
ذلك تغذية المرضى بالامراة المركزة والبيض النيمبرث وبعض البان
والالتمات الكلى الى تنظيم حركة التبرز عند المريض بحيث لا يمل في اعطاء
ملينات أو كبدية التأثير لكن تكون قلبه له التهيج ما أمكن وأجود هازيت
الغروج وان كان كرية الطم لكس بالعود نزول السكرهيسة وزيادة على ذلك

يرجع لما ذكرناه في المبحث الثاني في معالجة التضايق المعوى وأما ما يخص
الاعمال الجراحية فلتراجع في محالها

(المبحث السادس)

في التهاب المسوج الخلوى المحيط بالمعى ويعرف بالالتهاب القولونى الدائرى
او المحيط وبالالتهاب المستقيمى الدائرى او المحيط أيضا
(كيفية الظهور والاسباب)

أما الالتهاب القولونى الدائرى فعبارة عن التهاب المسوج الخلوى المثبت
للقولون الصاعد بالعضلة القطنية المربعة ويكون فى الغالب هنا متدادا من
التهاب الاعور والقولون وفى أحوال أخرى يكون مرضا قائما بنفسه ويهبر
عنه حيثئذ بالالتهاب القولونى الدائرى الروماتيزمى وقد يظهر هذا الالتهاب
فى آخر سير التيفوس او فى التسمم الصليدى للدم او فى الحميات النفاسية
وحينئذ بعد من التهابات الانتقالية والنضح الذى يحصل فى هذا الالتهاب
القولونى الدائرى قد يمتص فينتهى المرض بالتحلل والغالب ان يودى هذا
الالتهاب لتسكركز المسوج الخلوى الممتب فيتكون بروزات صديديه عظيمة
قد تمتد الى أعلى حتى تصل الى الكلية او الى أسفل الى ان تصل خلف الرباط
البوارقى الى الحرقى العالى ثم الى الجهة الانسية من الفخذ وقد ينتفخ
الجلدار الخلقى للاعور والقولون والجلدار المقدم من البطن او جلدا للجهة
الانسية من الفخذ وان الصديد ينسكب فى تجويف البطن فيؤدى لحصول
الالتهاب البريتونى

ثم اذا ظهر هذا المرض عقب الالتهاب الاعورى بقرى بعد زوال الورم
السطحي الخاص بالاعور الممتب ورم آخر مؤلم غائر الوضع ويكون هذا
الورم مغطى بالاعور المحتوى على الهواء يكون صوت القرع عليه رنانا
واخفا وبواسطة الضغط الذى يحدثه هذا المرض على الجذوع العصبية
كثيرا ما يحصل فى الطرف الموازى للورم تنمل او احساس بالآلام او وديما
فيه عقب الضغط على الاوردة وعند تحلل هذا الورم ينقص حجمه وتنقص
الآلام ويعود المريض للصحة بسرعة واذا حصل التقيح وتكون خراج
شوهل اذ ياد بحجم الورم ويظهر فيما بعد فى الاحوال الجيدة قروح فى جدار

البطن او الفخذ ويستفرغ من هذا الخراج عند انقضاء مواده صديديته
مختلطة بمواد خلوية متعفنة ويحصل في مثل هذه الاحوال الشفاء ان كانت
قوى المريض ذات مقاومة كافية وفي احوال أخرى يحصل الموت عقب
انهموكة والانتحطاط واذا انفتح الخراج في القولون عقب الانتحاب جداره
الخلقي كان انتهاء المرض حبيدا واذا انفتح في تجويف البطن أدى الالتهاب
البريتوني الى الموت بسرعة

وسير الالتهاب الاعورى الدائرى أو المحيط الروماتيزمى يشابه ما ذكر واما
الشكل الانتقالى من هذا المرض فالموت فيه عادة يحصل من تأثير المرض
لعمومى قبل سريان الصديد الى الفخذ ادى والتعقيبات

ويوصى في ابتداء هذا المرض بارسال العلق مثل ما يفعله في الالتهاب
الاعورى وكثيرا ما يلجأ لتكراره ثم تستعمل الضمادات الفاترة فيما بعد
وان ظهر النفاوج وجب فتح الخراج

واما الالتهاب المستقيمى الدائرى فالمراد به التهاب المنسوج الخلوى المحيط
بالمستقيم وظهور هذا المرض تارة يحصل عقب التهابات حادة او مزمنة في
المستقيم او استسحاتلات مرضية أخرى فيه وتارة يصاحب الامراض التى
تحصل في الحوض والاعضاء المنحصرة فيه وتارة يكون كالالتهاب
الاعورى الدائرى أحد الظواهر التابعة للالتهابات الانتقالية المنتشرة
وتارة وهو كثير يشاهد عند بعض المصابين بالدرن الرئوى او المعوى وكيفية
حصول هذه المضاعفة غير واضحة اذ لم يثبت ان التهاب المنسوج الخلوى
ناشئ عن تقيح العقد الليفنفاوية الدونية فيه ومكابدتها للاستئصال
الجبينية

ثم ان الالتهاب المستقيمى الدائرى الحاد قد ينتهى بالتحلل وقد يؤدي وهو
الغالب لحصول تقيح وتكون خراج ينفتح فيما بعد من الظاهر او في المستقيم
عقب تنقبسه وأما الالتهاب المستقيمى الدائرى المزمن فالغالب ان يؤدي
الى قيحات وتشنج في المنسوج الخلوى المتهاب اسكن الغالب ان يحصل فيه
كذلك تقيحات جرتية فيحصل حينئذ قروح ناصورية عسرة الشفاء وفي
ابتداء الالتهاب المستقيمى الدائرى الحاد يشاهد ورم صلب في الجفن

او بالقرب من العصص واذا أدخل الطبيب اصبعه في المستقيم أحس غالباً بوجود ارتشاح في المنسوج اللينة لوى فالمرضى لا يستطيع الجلوس ويحس عند التبرز بالآلام لا نطاق فاذا حصل تقيح في الجزء الملتصق وانفتح الخراج جهة الباطن زادت الآلام عند التبرز فيحصل زحير غير مطلق ثم يخرج من الاست اخيراً مواد صديدية كريهة الرائحة شديدة القبح وهذه الكيفية يحصل الناصور المستعصي الباطني غير الكامل وأما اذا انفتح الخراج نحو الظاهر فيظهر تنقيح في وسط الورم الصلب الذي في العجان أو بجوار العصص ثم تستقرغ المواد الصديدية المتقنة المذكورة عقب انفجار جدار الخراج وذلك ينتج عنه ناصور شرجي ظاهري غير كامل واما اعراض الالتهاب المستعصي الدائري المزمن فالغالب ان تختفي الى ان يؤدي هذا المرض لحصول تضيق في المستقيم ومتى تكون عن هذا المرض خراجات حصلت آلام شديدة ثم باقى الاعراض السابقة

وفي هذا الشكل يجتمعت في تحليل الالتهاب بالوضعيات الباردة ثم تستعمل المضخات والتمهيد للغاترة ويمادر بفتح الخراج لتجنب حصول التشبب جهة المستقيم أو المثانة

* (المبحث السابع) *

(في التزيف المعوي والتقدمات الوعائية المعوية)

* (كيفية الظهور والاسباب) *

التزيف المعوي الذي يكون في الجزء العلوي من القناة المعوية يحصل بكيفية مشابهة للتي يوجد بها التزيف المعدي والغالب أن هذا التزيف يفتح عن احتقانات شديدة احتباسية في مجموع الوريد الباب كما يشاهد ذلك في أحوال السير والسكرابدي وقد ينشأ عن تفرح في جدار الاوعية المعوية كالتزيف المعوي الذي يشاهد أثناء سير الحمى التيفوسية والدوسنتاريا أو أثناء سير السيل المعوي وهذا الأخير نادر وقد يكون التزيف المعوي ناشئاً عن تغير مرضي في جدار الاوعية الدموية وان لم يظهر هذا التغير فيها بالميكروسكوب كالتزيف الذي يحصل أثناء الحمى الصفراء والاسكر بوت ونحو ذلك

واما القددات الوعائية لاوردت المستقيم المعروفة بالبواسير الاوردية
وبالعقد الباسورية وتزيف الاوعية المستقيمة المعروفة بالبواسير السبالية
فهى من الامراض الكثيرة الحصول جدا وكل من هذه التغيرات المرضية
كان يعتمد سابقا عرضا لمرض بني عام نوعي يسمى بداء البواسير بل كانت تعتبر
على مقتضى نظريات الزمن السابق أجود الاشكال المرضية واحدها داء
البواسير البني العام وكان يعتمد به أيضا ان اتجاه داء البواسير نحو اعضاء
أخرى كالرأس او الصدر او البطن من الامور الخطرة لكن قد تركت هذه
الاعتبارات فلم يلتفت اليها من وقت ان ثبتت اهمية العوائق الميكانيكية
في اتساح هذه القددات الوعائية للمستقيم وانزف نفسه ومن وقت ان ظهر ان
النظريات المؤسس عليها كيفية انتقال البواسير الى الاعضاء الباطنة باطله
صار لايعول عليها ومع ذلك فكيفية البواسير واسبابها المتزل فيها بعض أمور
غير واضحة وضوحا تاما

ثم ان السبب الرئيس في اتساح هذه البواسير اعنى قددات المستقيم قدداد والبا
وانزفتها هو وجود عائق مانع من استنفراغ دم هذه الاوعية او موجب
لاحتباسه او ركوده فيها والاسباب العائقة لاستفراغ دم الشبكة الوعائية
الباسورية هي أولا احتباس المواد المغذية في المستقيم او وجود أورام في
الحوض او لرحم المحتوى على الجنين وقت الحمل والبواسير الناشئة عن ذلك
كثيرة الحصول وثانيا انضفاط الوريد الباب أو انسدادها ولذا يشاهد أن
ظهور البواسير في أحوال سير وزالكبد الذي ينتج عنه احتباس الدم في
فروع الوريد الباب من الظواهر الكثيرة الحصول وعين هذا التأثير يظهر
انه يحصل من مجرد امتلاء الوريد الباب وبذا يمكن توجيه كثر حصول
البواسير في الاشخاص الشبهين وتوضيح ذلك انه في أثناء الهضم يحصل
مرور كمية عظيمة من السوائل من المعى الى الاوعية المعوية ومن المعلوم أن
امتلاء الاوعية البواسيرية أثناء كل هضم يحصل عنه احتباس الدم في الاوردة
لطحالية وبذلك يحصل تمدد في لطحال أثناء كل هضم فانه قريب للعقل ان
الافراط من المأكل والمشرب يحصل عنه تمدد عظيم مستقر في الوريد
الباب ومن ذلك يحصل تمدد عظيم في غيره من الاوردة التي ينصب ما فيها في

الوريد المذكور وبمعاقب الافراط تبقى تلك الاوردة ممتدة وهذا التوجيه وان كان نظريا أقرب من التوجيهات التي أجريت على حصول البواسير عقب الافراط من الماء كل والمشارب

وقد يكون العائق المانع لاستفراغ دم الاوردة الباسورية بعد اذن الكبد اى في تجويف الصدر ألا ترى ان البواسير كثيرا ما تحصل في أمراض الرتين التي ينتج عنها تمدد عظيم من انضغاط الاوعية الشعرية أو زوال تلك الاوعية والمرضى تعتبر تلك البواسير حينئذ سببا لمرض الصدر لا ناتجة عنه وبهذه الكيفية تحصل البواسير في أمراض القلب كما تحصل امثلة آت وريديّة أخرى

ثم ان العوائق المذكورة المانعة لسير الدم لا تكفي عادة في توجيه حصول البواسير فان حصولها ليس بنسبة عظم العائق وقلته فانما تارة لا توجد ولومع وجود عائق عظيم جدا في سير الدم في الضفيرة الباسورية وتارة أخرى تكون كثيرة الوضوح جدا ولومع عدم وجود عائق في الدورة معا هذا الامسالك لوقتى ومثل ذلك يشاهد بالنسبة لحصول دوالي اوردة الاطراف السفلى في الحوامل اذ يشاهد في بعض النساء حصول دوالي اوردة الساقين في الاشهر الاولى من الحمل فنكتسب حجما عظيما وعند آخر لا يشاهد فيهن رأسا في الاشهر الاخيرة من الحمل ولومع كثرة وجود السائل الجنيني وعظم حجم الجنين واختلاف اوضاعه فينبغي على ذلك ان جدران الاوردة عند بعض الأشخاص تكون أقل مقاومة منها في آخرين وان قلة مقاومتها الهائبة عظيم في حصول تمددها خصوصا في تمدد الاوردة الباسورية وقلّة مقاومة جدران الاوردة المذكورة كثيرا ما تكون وراثيّة في بعض أشخاص اذا لا ينكر حصول البواسير في جميع فروع بعض عائلات مخصوصة على التوالي زمانا طويلا فلا يمكن توجيه ذلك الا بتوارث قلة المقاومة في جدران الاوعية الوريدية عندهؤلاء العائلات وقد تكون قلة المقاومة المذكورة مكتسبة خصوصا بواسطة الاضطراب الغذائي الذي ينتج عن الالتهابات المزمنة في المستقيم

وقد ذكرنا ان تمدد الاوردة في جميع الأغشية المخاطية من جداره التغيرات

اللازمة للتزلات المزمنة في تلك الاغشية فلا غرو ان الاوردة المستقيمة
المستعدة للتعدد بوضعها الطبيعي تكون مجسدا للادوى عند حصول التهابات
نزلية في المستقيم

وحينئذ يتضح من جميع المؤثرات المضرة التي يكابدها المستقيم ومن كثرة
حصول التغيرات المرضية حادة او مزمنة للاعضاء المجاورة له التي يشاركها
فيها ومن الاضطرابات الدورية التي ذكرناها كثرة حصول الالتهابات النزلية
المزمنة في المستقيم وكثرة حصول التمددات الوريدية فيه تبعاً لذلك

وينسب أيضاً حصول البواسير لوجود امتهال دموي عمومي ويقال ان
السيلان الباسوري يمتد في هذه الحالة بحرا نال هذا الامتهال وحصول
البواسير في الحقيقة وان لم تذكر كثرته في كثير من يتعاطون كمية عظيمة من
الماء كل بعد غنام غوهم يعني انهم يتعاطون اغذية أكثر مما يحتاجونه لنمو
الجسم وانهم كثيراً ما يحصل عندهم بعد حلول المسائل الباسوري تحسين
عظيم في النقرس وفي بعض التزلات المزمنة وغيرهما من الامراض التي توجد
بكثرة في مثل هؤلاء الأشخاص لا يسوغ القول بنسبة البواسير وغيرها مما
ذكر الى حالة امتهال عمومي أعني الى الزيادة المطلقة في منحصل المجموع
الوعائي فان استمرار هذه الحالة ليس ثابتاً على الدوام لان امتهال الاوعية
المذكورة من المعلوم انه يؤدي الى حصول افرازات دائمة حتى يحصل التعادل
وحيث ان التغيرات التي يكابدها الدم عند الافراط من الجواهر الغذائية
غير معروفة معرفة كافية فكيف ظهروا الاحوال المرضية التي تحصل في
مثل هذه الاحوال غير واضحة بالكتابة أيضاً

وحصول البواسير في سن الطفولة اندر منه في سن البلوغ وينسب ذلك لقلّة
حصول العوائق الدورية السابقة الذكر وقلّة حصول التزلات المزمنة
للمستقيم عند الاطفال ومن المعلوم ان من اسباب البواسير المعيشة الجليسية
وتعاطي الاغذية المهيجية والافراط من المسهلات القوية وتكرار الحقن من
المستقيم مع عدم جودة استعماله وكون البواسير عند النساء أقل من الرجال
وفي الاقاليم الحارة أقل من المعتدلة وان الافراط من الجماع يوجبها أيضاً وعلى
فرض صحة لا يمكن توجيهه بالاسباب السابقة

* (الصفات التشريعية) *

اما التزيف الذي يحصل في الاجزاء العليا من المعى فلا يمكن الوصول الى
 ينبوعه واثباته في الجنة حيث انه في الغالب يكون شعريا وقد يوجد الغشاء
 الخاطي المعوى مر تشعا بالدم في امتداد عظيم وهذا يدل على ان انسكاب
 الدم لم يحصل فقط على السطح السائب للغشاء الخاطي بل فيه وفي جوفه ايضا
 ويشاهد عقب الانزفة المعوية التي نشأت عن قروح معوية تجعدات
 دموية ملتصقة بالقروح التي كانت دامية وتشاهد حوائف تلك القروح
 وقاعها مر تشعة كذلك بالدم والدم المتسكب نارة يكون مائعا وتارة منعقدا
 قليلا ويتران يكون احمر اللون والغالب ان يكون متلونا بلون مسمر كلون
 الشكولا أو مستحيلا الى مادة شمعية ومخنة قطرانية

والانفخات الدوائية المستقيمة التي يطلق عليها اللفظ البواسير الاعورية
 لا توجد الا في انهاء المستقيمة تقريبا اما داخل العضلة العاصرة وعلى حافة
 الشرج والاولى تسمى بالبواسير الاعورية الباطنة والثانية بالظاهرة ثم في
 الابتداء يكون التمدد الوردي منتشرا فيكون كشبكة سمكية مزرقة ثم فيما
 بعد يظهر دواليات منفردة ولا يتران تحاط فوهة الشرج بحويمة من ذلك
 وفي الابتداء أيضا يكون التمدد الدوالي الصغير ذاقاعدة عريضة ويظهر ثم
 يزول في الزمنة متعاقبة ثم يصل فيما بعد الى حجم الكريز أو يزيد وحيث ان
 البواسير الباطنة تندفع من الشرج كل مره عند مجي ودات التبرز
 وينجذب معها الغشاء الخاطي فلا تلبث الا قلب الاحتي نصير ذاعنيق وتبقى
 كثير اخرج الفوهة المذكورة كما يشاهد أيضا ان هذه التمددات الدوائية
 توجد نارة متوزعة وتارة باطة لكن الحبوب المتكونة بهذه الكيفية لا تزول
 مطلقا ومنظر البواسير وتالياتها غير مع طول مدة سيرها فبعد ان كانت
 ابتداء ذات لون مزرق وجدر رقيقة رخوة تلتصق فيما بعد بالغشاء الخاطي
 بعد تكرار حصول التهابات المزمنة وتفقدها هذا اللون المزرق وتصير سمكة
 خشنة ولا يتران تلتصق بجله دواليات بعضها ولا يتيق للمسافات التي بينها
 الاثر قليل وبذلك تتكون حبوب عظيمة متعرجة تنفتح فيها جلة او ردة وقد
 تتسكون في باطن الدوالي سد ذاتية تملؤها وتحدث انسدادها وضمورها

والدوالي العظيمة التي تندفع الى الخارج وقت التسبرز يمكن ان تلتهم وتقع
في الغمغرة يتأقرب الاختناق الذي يعتريها وقد يحصل التهاب وتقرح في
الغشاء المخاطي المحيط بعنق العقد الدوالي فينتج من ذلك قروح بواسير
كما انه في أحوال أخرى قد يمتد الالتهاب الى المنسوج المخاوي الجوار فينتج
عن ذلك التهاب للغمغرة في مستقيمي بعقبه تكون نواصير مستقيمة

واما النزيف الباسوري فينتج عن انفجار العقد الدوالي اسكن القلب ل منه قد
يحصل كذلك من امتلاء الاوعية الشعرية الصغيرة

وعند البحث التشرحي عن الغشاء المخاطي المستقيمي يوجد كما قال ورجوف
مسترخيا منتفخا تخشنا غاما باذ اللون سحاي مبيض والمنسوج المخاوي تحته
كثير الرخاوة وكلاهما كثيرا الاوعية وكذا يوجد هذا الغشاء مغطى بطبقة
لينة مبيضة مكونة من مواد بشرية مخاطية

* (الاعراض والسير) *

الانزفة التي تحصل في الاجزاء العليا من المعي هي دائما ظواهر مرضية
لا مرض ثقبية وتقدم ذلك أول البحث فينبغي الكلام عليها عند شرح
اعراض هذه الامراض الناتجة عنها

واما شرح البواسير كما هو مدون في كتب الطب القديمة فضلا عما هو مطبوع
في اذهان العامة الى الآن فيقسم الى ثلاثة اقسام الاول الاعراض
الموضعية الناتجة عن الالتهاب التلي والدوالي الوريدي والنزيف الباسوري
وبذلك انقسمت البواسير الى مخاطية واعورية جافة وسائلة الثاني الاعراض
الدورية التي تكون موضعية وعامة في آن واحد وهي السابقة على انتفاخ
البواسير وسيلان الدم الباسوري ويحصل في تلك الاعراض تآطيف عظيم
عند حلول العرض الاخير وتعزف بالحركة الباسورية الثالث الاعراض
الدائمة وهي تدل على وجود اضطراب مرضي في البنية واحدا الاعضاء
البعيدة وهذه الاعراض يحصل فيها أيضا تحسين عظيم عقب النزيف
الباسوري والعامة تعبر عن هذه الاعراض بالبواسير المستقلة او العوضية
اذا حصل نزيف في محلات أخرى

ثم انه ينبغي رفض القسم الاخير من اعراض البواسير فان الامتلاء الوريدي

البطن مثلاً الناتج عن سيروز الكبد اذا حصل فيه تلطيف عقب حصول
نزيف باسورى وحصل عقب ذلك ايضاً زوال وقتي في ضيق النفس والامتلاء
الغازي للبطن في ظواهر الايسوخنداريا لايجوز نسبة واحد منهما للبواسير
كما لايجوز نسبة النزلات الشعبية او فوب النقرس عند الاشخاص ذى
الامتلاء الدموي للبواسير الانتقالية بمجرد حصول تلطيف في الاعراض
المذكورة عقب حلول نزيف باسورى واما مجموع الاعراض المعبر عنها
بالحركة الباسورية فيجب في نسبتها على رأى ورجوف للنزلة المستقيمة المتكررة
فالمرضى يحس بحرقان وتوتر في المستقيم كما يشاهد ذلك عند حصول التهابات
نزلية في اعضاء اخرى او عند تردد التهابات النزلى المزمن فيها وينضم لذلك
آلام شديدة في القطن والظهر تشابه آلام الرأس الشديدة التي تحصل عند
وجود نزلة في الانف والجيوب الجبهية وكذلك حالة البنية تضطرب زمن
الالتهاب النزلى المستعصي كما تضطرب ايضا عند حصول التهابات نزلية في غير
المستقيم فالمرضى يكون ذاهبوط واسترخاء وكآبة والمكابدات التي تحصل له
من ازدياد الاحتقان واتفاخ اورام البواسير تتم صورة الحركة الباسورية
وكثيرا ما يحصل عند ارتقاء هذه الاعراض الى أشد درجة نزيف يعقبه
تلطيف عظيم في اعراض الالتهاب النزلى المستعصي والانتفاخ والباسور
الدوالى نفسه بحيث ان المريض عقب ذلك يحصل له الراحة التامة ثم اذا
عادت للمريض اعراض الحركة الباسورية فلا غرابة في عنيبه حلول النزيف
الباسورى ثانياً طالبا للراحة واذا تيسر للطبيب ازالة الغزلة المستقيمة
والاحتقان الباسورى بطريقة أخرى كضاربة الامسالة الناتج عنه
الاحتقان المستعصي فالاعراض المذكورة تزول بدون حلول النزيف
الباسورى

ثم ان الاعراض الموضعية التي تنتج عن البواسير تختلف باختلاف عددها
وعظمتها وشدة امتلائها فتكون في الابداء قليلة ويحس المريض بوجود
جسم غريب في المستقيم ولا يحس بالآلام الا عند حصول تبرزه وادسغامة
يايسة ثم اذا صار الشرج محاطا فيمابعد بحوية من اورام دواليه عظيمة او صار
احدها هذه الاورام عظيم الحجم متواترا جدا فالمرضى يعثر بهم المعلى الدوام

فلا يمكنهم التخلص والتبرزوان كان ما نعا يحدث عندهم مكابدات عظيمة
لاتزول الاشياء قسماً ولا يتدران يتسبب عن ذلك عجز المريض للتبرزوعدا
وارتقاء الالام الى اقوى درجة متى اندفع احد هذه الاورام من الشرج
ثم احتقدت هناك والتمتبت

واما حصول التزيف الباسورى فيكون عادة وقت التبرزومتى كان ينبوعه
شعريا كانت المواد البرازية ملوثة بدم فقط واما اذا كان آتيا من دوالى وعاء
عظيم انفجر فكثيرا ما يخرج بجمعة داء عظيم ينسف عن اواق ويندران يصير
التزيف عظيما جدا بحيث يهدد حياة المريض

واما البواسير المعروفة بالمخاطية فهى عبارة عن خروج الافراز المخاطى التزلى
السابق ذكره وهذا الافراز نارية يتدفق مع المواد البرازية وتارة بدونها من
الشرج زمنا فزمنها والغالب ان توجد ابتداء اعراض البواسير المخاطية
وتستمر منفردة زمنا طويلا ثم تطرأ عليها فيما بعد اعراض البواسير الاعورية
او السائلة

والظاهر ان سير البواسير مزمن فى الغالب عند تأثير الاسباب المضرة التى
تحدثها واما اذا كان تأثير هذه الاسباب زامدة قصيرة فيمكن زوال البواسير
بالكفاية بعد استقرارها قليلا

ثم ان التغير الذى يشاهد فى اعراض البواسير عند استمرار هذا المرض زمنا
طويلا أدى لنظريات مختلفة فقد شبه بعضهم البواسير بالحبيض عند النساء
وبعضهم جعل لتغير منازل القمر تأثيرا فى سير هذا المرض وذلك محض خطأ
فان المريض ان وجد فى حالة جيدة أحيانا وأحيانا فى مكابدات عظيمة
فالغالب الوصول الى معرفة سبب تكرار حالته بان يكون حصل عنده امساك
نتج عنه عوق فى سير الدم فى الاوردة الباسورية أو امتلاء غير اعتيادى فى
او عية الباب عقب الافراط من المسالك والمشارب مثلا ونتج عن ذلك
احتباس الدم فى أوردة المستقيم او عرض المريض نفسه انتهاء الى أسباب
مضرة احدثت عنده بدلا عن الزكام والنزلة الشعبية ارتقاء وتردد فى النزلة
المستقيمة حيث ان هذا العضو عنده أقل مقاومة وقد لا يمكن الوقوف على
حقيقة المؤثرات المضرة لكن ذلك يشاهد فى تردد غير هذا المرض فلا حاجة

اللازمة سكان الى نظريات غريبة

وبالجمله فكثيرا ما بولغ في الخطر الناتج عن تأثير انقطاع السائل الباسورى الذى صار اعتياديا وهذا الرأى وان لم ينكر بالكلية لا ينبغي اعتقاده ان هذا السيلان عبارة عن مجهودات شفائية تفعلها الطبيعة وانما يقول على ان المستقيم من جملة الاعضاء ذوات الامراض الاقل خطرا بالنسبة للبنية العمومية وان الاشخاص الذين يصاب فيهم المستقيم بكثرة عند تعرضهم لاسباب مضره تكون حالتهم أهون واجود من الذين يصاب فيهم غير المستقيم من الاعضاء المهمة كالعده والشعب مثلا متى تعرضوا لعين الاسباب السابقة مثلا اذا طرأ عند هؤلاء المرضى مرض فى أحد الاعضاء المذكورة أخيرا عند تعرضهم لاسباب مرضية فهذه حالة مخزنة بخلاف ما اذا حصل لهم بواسير فقط فهذه حالة غير مكرهه لهم وذلك نفس ما يقال اذا تعرض انسان لتأثير البرد وحصل لنزكام مثلا فهذا اولى من حصول مرض آخر ثقيل عنده وكذلك فى الاحوال التى يحصل فيها زمنا فزما نزيف باسورى فانه ينتج عنه تليف عظيم فى اعراض كل من الامتلاء الدموى البطنى الميخانيكى والتزلات الشعبية او غيرها من الامراض التى تحصل عند بعض أشخاص فى سن الاربعين المقرطين فى المات كل والمشارب لانه ربما ينتج عن انقطاع السائل الباسورى ضرر عظيم لكن حيث ان الرئيس فى مثل هذه الاحوال هو النزيف ويمكن تعويضه بواسطة الاستفراغات الدموية الموضعية لا يكون على المريض اذى ضررا تماما الضرر عدم ملاحظة الطبيب ان استعمال هذه الواسطة الاخيرة واجب

* (المعالجة) *

اما المعالجة السببية فتستمدعى الاجتهاد فى تنظيم حركة التبرز فى الاحوال التى فيها التراكم المتكرر للهواد الثقالية الصلبة ينتج عنه نزلات مستقيمة ودوالى فى اوعية المستقيم لكن لا تستعمل المهدلات الشديدة لاجل مقاومة الامساك عند المصابين بالبواسير الا نادرا اى عند الاضطراب فقط ويخشى من استعمال الصبر والحفظ عند هؤلاء الاشخاص فانهم ما ذوات تأثير مهيج على الغشاء المخاطى المستقيم واجود ما يستعمل عند هؤلاء المرضى زهر

الكبريت فان هذا الجوهر مدوح من زمن طويل في معالجة البواسير
والغالب ان يعطى الكبريت متحد ابطرطرات البوناساوا كثر التركيب
استعمال المركب المأخوذ من زهر الكبريت درهم ٢ طرطرات البوناسا
اوقية $\frac{1}{4}$ السكر العطري لليون وسكرياض من كل واحد درهم عدد ٣
يمزج هذا المسحوق ويعطى منه كل ساعتين او ثلاثة مل معلقة من فان لم
يثمر هذا التركيب وجب أن يضاف اليه قليل دراهم من السنا المسكى
او الراوند وهذا التركيب آخر كثير الاستعمال يدخله الكبريت ايضا وهو
مسحوق العرقسوس المركب (المصنوع من السنامكي وجزور العرقسوس
من كل منهما ما درهم عدد ٢ ومن ثمر الشمر وزهر الكبريت من كل منهما
درهم ومن السكر من ستة دراهم الى اوقية) ويعطى منه كذلك كل يوم مل
معلقة بن ولا ينبغي الا بصا باستعمال الحقن فانه يحصل من استعمالها
ولو باللطيف تهيج عظيم في المستقيم

واما الاحوال التي فيها تكون البواسير فنتيجة عن امراض في الكبد
كالسيروز وفي القاب والرتين فالغالب ان لا يمكننا ان تمام دلالات المعالجة
السببية ومع ذلك فاستعمال الكبريت في هذه الاحوال واجب ايضا متى
حصل تعمس في التبر حتى لا يتضاعف العائق وحيث قلنا ان من جملة الاسباب
المهمة للبواسير زيادة املاء الوريد عقب الافراط من الماء كل والمشارب
فالمعالجة السببية تستدعي ان مثل هؤلاء المرضى لا ينبغي لهم تكرار الاكل
بكثرة ولا الافراط منه وكذا تستدعي المعالجة السببية للبواسير التي تنبت مع
غيرها من الامراض عن مجرد الافراط في الماء كل ان تنفع المرضى الواقعين
في هذا الامر عنه بالكلية ويؤمرون باستعمال تدبير غذائي منتظم ثم ان
كانت البواسير ناتجة عن مجرد امتلاء دموي في مثل هذه الاحوال حقيقة
فلا يمكن توجيه ذلك الابانة لا يخرج من مصل الدم المحتوى على كمية زائدة من
العناصر الأولية كالزلال مثلا كمية معادلة لما يخرج منه اذا كانت كمية
هذه المواد الزلاية فيه طبيعية وامتلاء الاوعية طبيعيا كذلك الا اذا ازداد
الضغط الجانبي للعود الدموي وكان امتلاؤها زائدا عن الحد ايضا في المثبت
بالنسبة لافراز البول ان كمية البول المنقرضة قل عند ازدياد كمية الزلال في

مصل الدم واعتقاد العامة والاطباء يوافق هذا الرأي المذكور فان الانسان لا يحصل عنده امتلاء الدموى بمجرد تعاطى كمية عظيمة من الماء كل والمشارب بل انما يحصل عنده ذلك اذا تعاطى اغذية حيوانية قوية التغذية ومشروبات روجية ومع كونه لا تتعرض لمجاذلات هذا رأى وتوجيهاته العديدة وان كان في احوال الامتلاء الدموى تزيد كمية الدم حقيقة والزائد فقط الكسرات او المواد الزلائية لا بأس على كل حال بالاخص بالتدبير الغذائى موافقة للتجارب العادية والاستدلالات القسوى لوجية فينبغى اولاً تنقيص كمية العناصر الاولى الازوتية اى الزلائية فلأياً كل المريض اغذية من اللحوم والبيض الامرة واحدة في النهار ويوصى باستعمال الاغذية المتخذة من الخضراوات سيما الجذور والثمار والنباتات كالارز ونحوه وينبغى له ازدياد حركة التحليل فيقوم المريض بالرياضة العظيمة والحركات العضلية الشاقة وشرب المياه بكمية عظيمة اذ بذلك تسرع حركة التبادل العنصرى كما ان من الجيد الامتناع من المشروبات الروحية والشاى والقهوة ونحوها من الجواهر التى تبطل في حركة التبادل والتهال العنصرى ومن الجيد ايضا الهؤلاء الاشخاص استعمال المسهلات المحبة سيما الاستعمال اللطيف المستقر للملح جـاوبير وملح الطعام كما هو الجارى في الحمامات المعدنية في جام ماربيه باد و كينجن همبورغ و صودن ونحوها واما استعمال مياه كارلس باد في هذه الحالة فيستدعى احتراسا عظيما بسبب ارتفاع درجة حرارته ثم اذا ثبت ان الدم بهذه المعالجة يزيد احتوائه على الاملاح ويقل احتوائه على المواد الزلائية كما قاله سيمد و فوجل يكون نجاح هذه المعالجة في احوال الامتلاء الدموى معقولا واضحا

واما دلالات معالجة المرض نفسه في الاحوال التى فيها يحصل زملنا فنزمننا مكابدات خفيفة فقط تزول بعد زمن يسير عقب استقرارات دموية ذاتية لا يضطر لاستعمال وسائط مخصوصة بل يجتمـ في اتمام دلالات المعالجة السببية فقط

واما الاحوال التى تسكبد فيها المرضى من الحركة الباسورية مشاق عظيمة لاتزول ولو بعدم مقاومة الامسالك الذى كان موجودا فينبغى فيها ارسال قدر

اربع علاقات اوستة على الالست وان يؤمر المريض لاجل استمرار سيلان
الدم من فتحات العلق بالجلوس على كرسى منقوب ناؤه مملوء بالماء الساخن
وهذه الطريقة يجوز استعمالها في الاحوال التي فيها امتلاء البواسير
وتوراثها اثرنا عظيم يحد ثان الالام شديدة عند المريض او التي فيها تضاعف
البواسير المخاطية بزحمة مؤلم ولا يجوز الاجتهاد في قطع النزيف الخفيف
خصوصا اذا حصل عنه تلطيف في المشاق الموجودة عند المريض فلا يلجأ
للتبريد ولا للجواهر الموقفة للنزيف الا اذا كان القصد الدموى عظيما جدا
فينبغي الالتجاء الى قطع النزيف بواسطة الروادع الباردة والجواهر الموقفة
لنزيف واما البواسير المندفعة الى الخارج والمختنقة فينبغي ادخالها بواسطة
ضغط خفيف مستمر بالاصبع بعد تغليفه بخرقة مدهونة بالزيت مثلا وان
يؤمر المريض بتجديد الفخذين عن بعضهما وتنكيس نفسه حال اعتماد
الجزء العلوى من الجسم على السرير وتغطي الاورام الباسورية الملتبسة
برفائد مغموسة في الماء البارد او مكمدات ماء الرصاص وحيث لم يكن هذا
الكتاب معدا للعمليات الجراحية فلا تعرض لذكرها والراى عندى في
البواسير ان لا تتبع العادة المتفق عليها من التكلم على الوسايط الموصى بها
لاجل اوجاع السائل الباسورى المتهين ومن سعد المريض ان الوسايط التي
تستعمل للحصول على هذه الغاية كارسال العلق الدورى والحجومات
الجلوسية الفائرة ووضع الشياف المهيج واستعمال الادوية المسجمة بالمرجعة
للبراسير لا ينتج عنها حدوث البراسير لكن لا بأس بارسال العلق الدورى فانه
أحسن الوسايط للحصول على النتيجة المطلوبة

(المبحث الثامن)

(في الالام العصبية للامع المعروف بالمغص المعوى)

(كيفية الظهور والاسباب)

الالام العصبية المعوية وهى التى يعنى بها المغص الحقيقى ومجاسها الضيقة
المسارية قد ليست كثيرة الحصول ومن الخائزان تشأ احيانا عن تغيرات
مرضية في العقد والاضفار السجاقية كغيرها من الالام العصبية لكن لم
يثبت ذلك الى الآن وحصول هذه الالام العصبية المسارية بكثرة عند

المصابات بالاستير يايدل على انها حاصلة بطريق الانعكاس والمغص الرصاصي
 اى الزحلى مما ثبت أكيدا ان هذه الالام العصبية تحصل كذلك بالتسمم
 لكن فى هذا الاخير يظهر ان الالام ليست بسيطة اى قاصرة على اعصاب
 الحس أى على ثوران الاحساس بل يجلس المرض العصبى أيضا الاعصاب
 المحركة فان المعنى المتألم يكون فى حالة انقباض تشنجى والرصاص الذى
 يدخله فى الجسم يشأ عنه المغص الزحلى الذى هو من جملة ظواهر التسمم
 الزحلى اما ان يكون استنشاقه بالنفث وهو متجزئ تجزئة عظيمة واما ان يمتص
 فى المعى او يدخل فى تيار الدورة بواسطة الغشاء المخاطى الاثنى ولذا يوجد هذا
 المرض عند شغالى الاسفنداج والرصاص او الفضة او عند النقاشين
 وسهاقى الملونات ودهاقى الفخار وسباكى حرف الرصاص والطباخين ونحو
 ذلك من أرباب الصنائع الذين يشتمغلون فى جو متحمل بجزيئات رصاصية
 واما حصول المغص الزحلى عقب الافراط من استعمال الاستحضارات
 الرصاصية على شكل الادوية او غش الاندقة او نحو ذلك فهو الا ان اندر
 من الكيفية السابقة لكن الذى يظهر ان المغص المهول الذى يشاهد فى
 دو قنشير ومغص بواق وغير ذلك من أنواع المغص الوباقي او الوطى المشابهة
 بالكلية للزحلى فى ظواهرها كانت ناشئة عن تسمم الالهالى بالمشروبات
 المحتوية على الرصاص لاجن جواهر نباتية وقد يحصل المغص الزحلى بندرة
 عند من يتعاطون النشوق الموضوع فى علب من ورق الرصاص والاستعداد
 للاصابة بالمغص الزحلى يختلف كثيرا لكن لا يعرف من الاسباب المهمة
 للاصابة به الا ايل العظيم للنسكسات الذى يبق عند الشخص بعد الشفا من
 هذا المغص واما بقية الاسباب المهمة التى يقال انها تزيد فى استعداد
 الاصابة به كالانكباب على النهوات والافراط من المشروبات الروحية فلا
 حاجة لذكرها هنا حيث انها تذكر فى جميع الاحوال التى لا تعرف حقيقة
 اسبابها ويعنى بالمغص مطلقا زيادة عن الالام العصبية للضعف المساريقية
 جميع اصابات المعى المؤلمة التى لا تنشأ عن التهاب جدرها وتغيرات أخرى
 مادية فيها فلذا سندكر المغص الذى يحصل من جملة ظواهر الديدان المعوية
 كما ذكرناه من الاعراض السابقة لالتهاب الاورى البرازى واعراض

تضابق المعى أو انسداده وهناك فرقنا بين الآلام التي تسبق الالتهاب والآلام التي تسببها وتكون متعلقة به ونفس الأسباب التي تحدث مرة مفصلا قد تحدث مرة أخرى التها بقلوبنا ولا يتضح توجيه كيفية ضرورة الأعصاب الحساسة في هذا النوع من المغص في حالة تهيج زائد لكن لنا أن نقول أن الآلام هنا تنتج دائما عن التهيج الذي يصيب الانتهاء الدائرية للأعصاب المعوية حيث أن الأشكال المذكورة للمغص مخافة بالكلية للآلام العصبية الحقيقية من المعى والسبب المحدث للمغص بكثرة هو بلا شك شدة التمدد المعوية وشدة التوتر جسدي المعى الناتجة عن دخولها بالغازات المعوية المحتبسة في جرح محدود من المعى فهي التي تحدث تمددا مؤلما في هذا الجرح كثيرا ما يدرك بسهولة أن الغازات المحتبسة في المعى تنفذ بالانقباضات العضلية لمجموعة دبرازي أو عاتق آخر في المعى يمنع سير تلك الغازات وعند وصولها إلى هذا العائق تحدث آلاما شديدة جدا وكثيرا ما يدرك في أحوال أخرى أن الغازات المتراكمة تنفذ من محلها إلى محل آخر بواسطة الانقباضات المعوية وانما بآلة قالها من محل إلى آخرية تغير محل الألم أيضا ومن الخطأ نسبة الآلام في هذا الشكل من المغص الغازي إلى تأثير مهيج الغازات المعوية في الغشاء المخاطي المعوي كما أن من الخطأ نسبها إلى الضغط الذي تحدثه الانقباضات العضلية للمعى على القريعات العصبية وحيث أن فساد مصل المعى والمخاطية هو السبب الغالب لتجمع الغازات في المعى يتضح أن الأمراض التي فيها يكاد مصل المعى المتحلل لا غير طبيعي تصطب في الغالب بأعراض المغص الغازي خصوصا في النزلة المعوية الناشئة عن وصول مطعومات غير منضمة آيلة للفساد من المعدة إلى المعى والناشئة أيضا عن احتباس المواد الثقيلة زمنا طويلا وحيث أن وصول اللبن بهذه المثابة كثير في الأطفال يكون المغص الطفلي مرضا كثيرا الحصول جدا عنه لهم ثم إذا انقذت الجواهر الآخذة في الفساد من المعى قبل إصابته بالنزلة المعوية يكون المغص هو العلامة الوحيدة للفساد غير الطبيعي في المعى وبكيفية مماثلة لما يحصل به المغص الغازي من تجمع الغازات في المعى يحصل أيضا المغص البرازي عند تمدد المعى بالمواد البرازية والمغص

اليداني من قدام المعى بواسطة الديان الشرطية الملتفة على نفسها او
بواسطة حرمة من الديان الاسطوانية الملتفة كذلك والالام البطنية
الناسئة عن استعمال مسهلات شديدة او مطهومات مضره بغيرها أيضا
بالمغص لكن التغيرات التي يكادها افرار الغشاء المخاطي المعوي عقب
استعمال هذه الوسائط او عقب تعاطي الثمار الفجة أو نحوها من الجواهر
تدل على انه يحصل في مثل هذه الاحوال التغيرات الحقيقية قصيرة المدة تزول
بزول تلك الاسباب المضرة ويمكن تشبيه هذه الالام بالتي تنتج عن وضع الحجة
خردية على الجلد وتزول عقب رفع الخردل ويظهر ان بعض أشكال المغص
اليداني من هذا القبيل أيضا سيما المغص الذي فيه تعقب الالام بخروج
مواد مخاطية وفي المغص الشديد جدا المسقر الذي يعقب تأثير البرد في الجلد
لا سيما في الاطراف والبطن السفلي يظهر ان الطبقة العضلية للمعى تصاب
بكيفية مماثلة لاصابة عضلات أخرى في الآفات الروماتزمية بحيث يصح ان
يطلق عليه اسم المغص الروماتزى

* (الاعراض والسير) *

قد شرح المؤلف (روبرغ) الالم العصبي المساريقي بمحصل الالام تنقسم من
السرة الى البطن السفلي ذات نوب تتعاقب بفترات من الراحة وهذه الالام
تكون ممتدة ارقاطعة او ضاغطة والاكثر ان تكون ابتداء لاوية
او فارصة ومحبوبة باحساس مؤلم ويكون المريض في قلق عظيم باحساس
تلطيف حالته بتغيير اوضاعه والضغط على البطن ويكون كل من الايدي
والاقدام واليدين مخفض الحرارة والوجه ممتطبا ونقباض كل من
الحاجبين والشفتين يدل على الالم ويكون النبض صغيرا صلبا ووجدوا البطن
المتفتحة او المنقبضة تكون متوترة وكثيرا ما يوجد غثمان وفي بعض
القبول واحيانا زحير والغالب ان يوجد عادة امساك وفي النادر يكون
التبرط طبيعيًا او متزايدًا وهذه النوبة تتقدم من دقائق الى ساعات عديدة مع
فترات متداخلة ثم تزول هذه النوبة وتنقطع بالكليسة ويصطب ذلك
باحساس براحة عظيمة وسير هذا المرض دورى لكنه أقل انتظاما من غيره من
الامراض العصبية

وابتداء اعراض المغص الرصاصي يكاد على الدوام يسبق بظواهر
 الديسكرازيا الرصاصية فيكون المريض ذا مخافة وضعف وجالده مستنجيا
 ترابيا أزرق اللون باهته وتكذب لثاته لونا كاليا من رقارتكون رائحة
 نفسه كريهة ويوجد في فمه طعم - ملو به مدني ثم تظهر عنده آلام دورية تكون
 في الابتداء أصمما ثم تنتشع من القسم الشراسبي الى الظهر والاطراف ثم
 تشد بسرعة بحيث يصبح المريض ويصرخ مدة انوبة ويقلق في فراشه
 أو يتركه في حالة بأسر. ويفعل امورا خارقة للعادة من شدة تلك الآلام
 ويكون النبض بطيا جدا والصوت ناقدا رناته وكثيرا ما ينضم لذلك زحير
 بولي وغثمان وفي ذلك يدل على ان التهيج المرضي للأعصاب المعوية امتد
 الى اعصاب أخرى ويكاد يوجد على الدوام امسال مستعص بحيث يمكث
 المريض من ثمانية ايام الى أربعة عشر بدون ان تخرج منه المواد الغليظة
 الصلبة السكرية القليلة الكمية ولومع انه عمال المسهلات الشديدة وحاد
 البطن تكون مدة بقية انقباضا عظيما بحيث يظهر البطن صلبا كأنه لو ح من
 خشب ومنقبضا نحو لباطن وسير هذا المرض يظهر طرزا مترددا واضحا
 الانفي النادر بحيث تتعاقب النوب الشديدة بقترات راحة وتختلف مدته
 كثيرا فالمرحلة الاولى من المغص الرصاصي تزول بالمعالجة اللائقة فيسير من
 الايام او اسابيع قليلة وبعد تكرار الدسكسات يمكن استمرار المرض عدة اشهر
 وان حصل الشفاء يكون حصوله اما تدريجيا او فجائيا فتزول الآلام وتحصل
 استفرغات برازية غزيرة وتعود القوى بسرعة كذلك وكثيرا ما يكون
 الشفاء غير تام فيبقى بعد زوال المغص الرصاصي ظواهر التسمم الرصاصي
 المزمن ويندر جدا انتهاء هذا المرض بالموت وان حصل في هذه الحالة انما
 يكون من مضاعفاته

ثم ان شرح اعراض الالم العصبي المشار اليه يوافق شرح المغص مطلقا وقد
 اجاد الم - لم (هينوك) حيث نبه على ان صفة الالم واحدة سواء كان التهيج
 مصيبا للانماآت الدائرية لعصب حسي او مصيبا لذلك العصب في منشأته
 اوسيره ويمكن ان تصل شدة الالم في المغص الغازي وشبهه من أنواع المغص
 الى درجة عظيمة جدا وحينئذ تظهر المكابدات الثقيلة على سحنة المريض

المتغيرة جدها فيكون قريبا من حالة الوقوع في الانحسار ويكون الجسم مغطى
بعرق بارد والوجه باهتا متغيرا والنابض صغيرا وقد ينضم لذلك غثيان وقيء
وزحير بولي وغيرهما من الظواهر العصبية وينبغي للطبيب معرفة مجموع هذه
الاعراض حتى لا يقع في الوهم بدون مقتض وكثيرا ما يسمع ويحس بالبرد في
بطن المريض بانطلاق الغازات من محل احتباسها الى آخر من المعى وهذا مهم
اذ يحصل له كثير مما تزول الآلام دفعة واحدة وقد لا تحصل الراحة الا بعد
التبرز بحيث ان المواد الثقلية التي كانت عمدة للمعى والغازات التي كانت
محبسة خلفها تنفذ الى الخارج

(المعالجة)

قد تستدعي المعالجة السببية في الشكل العصبي من المغص معالجة مرض
الرحم الذي احدث هذا الألم العصبي وقد اجتمع عند وجود المغص الزحلي
طبقة المناسبة دعيه المعالجة السببية في تعادل الرصاص الموجود في الجسم
بواسطة جواهر كيميائية وترسيبية وللحصول على هذه الغاية قد اعطى حمض
الكبريتيك والاملاح الكبريتية سببا للشب والملح المر وهذه الطريقة
كثيرا ما من الطرق وان لم تكن كافية في زوال التسمم الزهري المتقدم لا بد
من استعمالها لاجل تجنب التسمم الرصاصي وللحصول على ذلك ينبغي تجنب
ادخال الرصاص في عمل الاواني والمواسير المدة لحفظ السوائل وتوصيل
المياه الى محال بعيدة وينبغي لمن يشغل في التساعات ذات الهواء المختلط
يجزي ثياب رصاصية قد شحنته الاستحمام والغسل المتكرر كما ينبغي تغيير
الملابس وعدم الاكل في محل الشغل وينبغي ان تكون محال الشغل متجددة
الهواء ويلزم ابدال الاسفنداج المستعمل في بوبه دهن الابواب والشبابيك
براج الخارصين وعلى الحكومة منع وضع النشوق في صفائح من رصاص
وينبغي في المغص الناتج عن كمية عظيمة من المواد الثقلية في المعى استعمال
المهللات سيما اللطيفة التي لا تسبب عنها آلام في البطن واجود الوسايط
والطنها استعمال زيت الخروع والحقن المليئة والمغص الناتج عن برد
البطن والاطراف تستدعي المعالجة السببية فيه استعمال المعرقات واحسن
ما يوصى به في مثل هذه الحالة المناقيع العطرية القاترة ووضع زجاج او حجارة

مسخنة على البطن

واما معالجة المرض نفسه فنقسمه في جميع اشكال المغص المذكور في
 هذا المبحث استعمال الخدورات سيما الافيون وتأثيره في شكل الالم العصبي
 من المغص يوجه بخاصة تخديره وفي المغص البرازي والغازي بتخديره مع
 تأثير آخر وذلك ان الانقباضات العضلية للمعى التي بها تندفع الغازات
 والمواد النفعلية الى بعض اصقار المعى او تنحبس فيها تزول باستعمال الافيون
 وبذلك ييسر توزيع المتحصل المعوى على جملة اجزاء من المعى ومن الممدوح
 بكثرة في المغص الغازي والبرازي استعمال المنقوعات القاترة كزهر البابونج
 والنعناع القافلي والوالريانا ما شربا فنجانا فنجانا او حرقنا ومثل المنقوعات
 المذكورة الجوهر الطاردة للغازات ومن الممدوح ايضا ذلك البطن زعنا
 طويلا بل زيت الساخن والافيون اقوى الجوهر تأثيرا في المغص الزحلي
 حتى ان الاطباء الايومايين يستعملونه بمقدار عظيم ولا يخشى منه زيادة
 الامسالك فانه لا يوجد جوهر اقوى منه في ازالة الامسالك المصاحب للمغص
 الزحلي ومن هذا التأثير يظهر انه يوجد مع الامسالك الزحلي زيادة عن ثوران
 الاحساس انقباض تشنجي في المعى هو السبب في حصول الامسالك ومع
 كون الافيون اقوى الجوهر في ازالة الامسالك في المغص الزحلي واجود
 تأثيرا من المسهلات لا ينبغي اهمال استعمال المسهلات كأكثر المسهلات
 الشديدة استعمالا في هذا المغص زيت حب الملوك والاعراب ان يحصل
 على المطلوب باستعمال الافيون ثلاث مرات في النهار من نصف قعصة الى قعصة
 مع تعاطي ملء ملعقة كل ساعتين من مخلوط مر كب من ثلاث نقط من زيت
 حب الملوك واوقيتين من زيت الخروع ويقوى تأثير هذه المعالجة
 بالجمادات القاترة والضمادات المسكنة وضعا على البطن واستعمال الحقن
 المائية والخدورات مع التعاقب ويوجد خلاف هذه الطريقة المستعملة
 في معالجة المغص الزحلي وتنوعاتها كاستعمال مسهلات أخرى سيما الملح المر
 والسنا والزئبق الحلو واستعمال الافيون بمقدار عظيم طرق عديدة في معالجة
 هذا المرض أشهرها الطريقة المنسوبة الى مارسيان الشاريتية (اي
 الصدقة) والظاهر ان المنفعة العظمى في هذه الطرق الافيون والمسهلات

* (الفصل التاسع) *

(في الديدان المعوية)

الديدان التي تشاهد بكثرة في معي الانسان هي الدودة الشريطية الوحيدة المعروفة بدودة حب الترع والدودة الشريطية ذات القناة المركزية والشريطية العربية العقل والديدان الاسطوانية واخر طائفة والدقيقة الذنب والشعرية الرأس

اما الدودة الوحيدة او ذات العقل المسماة بطولها من عشرة أقدام الى عشرين ولونها أبيض مصفر مستديرة وممتدة من طرفها الخلفي ومن طرفها المستعرض من الجهة الخلفية ويميزها رأس وعنق وسمسم كبن عقل كثيرة تنب عن مئآت فالرأس يكون من انتفاخ ذي شكل مربع مقطوع الزوايا ويشتمل على خرطوم هرجي الشكل قلب البروز محاط بصفيين من كلايب وبالبعد عن ذلك محاط أيضا بأربع فوهات ماصة مستديرة منتظمة الوضع والعنق التالي للرأس ضيق جدد او طول نصف قيراط تقريبا وتاليه العقل الحديثة التي عرضها أربع خط تقريبا واما القديمة فعرضها يصل الى نصف قيراط وتدين العقل المختلفة الشبيهة شكلها بحب الترع ذات القمة المنقطعة يختلف شكلها بحسب سنن فال حديثة يمر بوسطها قناة مركزية لونها اصفر مسمر وذات جيوب جانبية وهي الاثار الأولية للأعضاء التناسلية واما القديمة فيرى على جانبها تارة في الجهة اليمنى وتارة في اليسرى بدون تماكب منتظم ارتفاع قليل يخرج منه قضيب ذو شكل متشعشع وفيه ثقب في القناة المنوية والبوق وباطن العقل القديمة يكون جميعه مملواً بقرصا برحما زمبيض ذي تقرعات متشجرة في القديمة جديون الأعضاء الخيرية لا يرضى بتعديل به كثيرا على ما في باطنه من الجراثيم مع كلايبها الست ويخرج من حلقة وعائية كائنة في باطن الرأس اوعية تسير على جانبي العقل وتنفذ مع بعضها بقنوات مستعرضة تبعا لبعض المشاهدات ولم يشاهد الى الآن في الدودة الوحيدة المذكورة أعضاء غير ما ذكر

ثم ان مجلس هذه الدودة في المعى الدقيق وفيه يصل الى المعى العليظ والغالب انفرادها في الشخص ويندرج عددها (ولذلك سميت بالوحيدة) وهذه الدودة

تشاهد في أوربا وأمرطقة وآسيا وأفريقية ومن الغريب عدم وجودها في
المحال التي لا توجد فيها الدودة العريضة العقل ماعدا بلاد السويد ويجريه
وأما الدودة ذات القناة المركزية فانها لم تميز عن الوحيدة الا منذ عهد قريب
والواقع ان عقلها مشابهة تاممة بعقل الدودة الوحيدة كما ان لها مثلها افوهات
تناسلية جانبية الا ان عقلها اعرض وانحن وكذا جهازها التناسلي انمي
وأكثر تفرعا عما في عقل الدودة الوحيدة وأوضح فرق بينهما ما هو اختلاف
شكل الرأس فان رأس الدودة التي نحن بصدد هاهنا مستولع عدم احتوائه
على الخرطوم وتاج الكلايب وفيه اربع فوهات ماصصة وندرة فتباح طرد
رأس هذه الدودة وانقذافه هو السبب في بقاء انبهاها من مناطق بلا واسبب
أيضا في اعتبار العقل ذات الفوهات الجانبية التناسلية دودة وحيدة والعقل
التي في وسطها الفوهات التناسلية دودة ذات عقل عريضة بدون خص
وتدقيق

* (تنبيه) لا مانع من تسمية هذه الدودة بذات الرأس المستوي
وأما الدودة العريضة العقل فهي وان كانت شبيهة بالوحيدة الا انها تميز عنها
بأمر منها انه يشاهد في رأسها بدل الخرطوم وصفي الكلايب والمواص
حفرتان جانبيتان على هيئة شقين ومنها ان عتقها قليل الظهور جدا ومنها ان
عرض العقلة ثلاثة أمثال طولها وأوضح فارق في تميز كل عقلة دودة شريطية
عماء هاهنا من عقل غيرها مجاس الفوهات التناسلية فانها في الشريطية
العريضة العقل تكون وسط العقلة لا في جانبيها بحيث يعرف لها انظر من
بطن ومجاس هذه الدودة الشريطية العريضة العقل المهي الدقيق ايضا وتوجد
في شرفي أوربا الى حد شواطئ نهر الوستيل وزيادة عن ذلك توجد في بلاد
السويد بجريه كما تقدم مع الوحيدة

و.ا. الاسطوانية فشكلها اسطوانى مستدق الطرفين وطولها من نصف قدم
الى قدم وعرضها من خطين الى ثلاثة وجسمها انما في جردا بحيث تشاهد منه
القناة المعوية الممتدة من أحد الطرفين الى الآخر وكذا اعضاء التناسل
والرأس منهزل عن الجوز عبيز حلق وتشاهد فيه ثلاث حلمات صغيرة بينها
يكون الفم وفي هذه الدودة تميز اعضاء التناسل فيوجد في باطن الانثى مبيض

وبوقان عظيمان جدا وفي باطن الذكرا الذي هو اصغر حجمه امن الاثني لمحو طرفه
الذنبى المقوس الخصيتان والقناة الشاقة للمنى المتعرجة وفي طرفه الذنبى
يوجد القضيب شعريا ومن دواجر يوجد في الثلث العلوى من الاثني شق
طوله من ستة خطوط الى ثمانية هو فوهة اعضاء التناسل ومجلس هذه الدودة
الاسطوانية الملى الدقيق والغليظ ومنه تسبح الى بعيد بحيث يمكنها الوصول الى
المعدة والمريء بل والخنجرة وقد تسبح ايضا من الاثني عشرى الى القناة
الصغراوية وادعاء انها تثقب الملى يظهر انه غير صحيح الا ان الملى متى كان
متقبعا بامراض من الامراض أمكن نفوذ هذه الدودة منه الى البطن
واما الدودة المستدقة الذنب وتعرف بالقافزة فهي صغيرة فى حجم الخيط والذكر
منها نادرا الوجود وطوله من خط الى خط ونصف ملتف على نفسه فلما حلزونيا
من طرفه الخلفى وحجم الاثني اعظم وجسمها مستقيم او منحن قليلا ورأسها
يكون منتهجا عذريا بسبب وجود بروزات جانبية والقضيب يخرج من
الطرف الخلفى من الذكر والقفحة التناسلية للاثني قريبة من الرأس ومجلس
هذه الدودة الرئيس الجزء السفلى من الملى خصوصا المستقيم ومع ذلك قد تسبح
بعيدا عنه حتى تصل الى الجزء السفلى من اللقائى وكثيرا ما تسبح من المستقيم
الى المهبل

واما الدودة الشعرية الرأس فطولها من خط ونصف الى خطين والجزء الخلفى
من جسمها اغلظ من المقدم الذى يكون خيطيا والجزء الخلفى من ذكرها
الذى هو اصغر حجمها من الاثني الملتف حلزونيا يشاهد فى انتهائه القضيب
المنصنى على هيئة كلاب والمخاط بغيره دانبوبى والاثني اغلظ من الذكرا ذات
جسم مستقيم مملئ بالبيض فى جزئه الخلفى وهذه الدودة مجلسها الملى الغليظ
سما الاعور

• (تكون الديدان المعوية واسبابها) •

الآراء التى كانت جارية على ان تولد الديدان المعوية ذاتى ونسب ذلك لتراكم
المواد الخاطئة المعوية وتنوع مخصوص فيها رفضت الآن بالكتابة فان
الحوانات الطفيلية التى تعيش فى القناة المعوية تتولد عن بيض ولا تصل الى
القناة المعوية الا على حالة بيض او نحوه من ادوار تكونها الابتدائية وايسر

عند نادبل أ كبد الاعلى كيفية تولد الدودة الوحيدة وذات الرأس المستوى
وهو ان العقل الاخيرة من هذه الدودة المملوءة ببيض تام التكوين تنفصل
زنا فزمننا وننقذ في الخارج وجرثومة هذا البيض الخارجة منه ينبغي
لاجل تمام نموها ان تفصل الى جسم حيوان آخر في ازدردها حيوان جسمه
صالح لنموها فثبت جدرقناة المعوية وانبث في صفر من جوهر جسمه حتى
تخرج من تحتها لا تقي بنموها وهناك تنفصل عنها كلاليتها الصغيرة ثم يخرج من
جدرها عنق ورأس ويسمى ما ذكره حينئذ بالفقس وهو شبه بالكلمة بالدودة
الوحيدة وفي الابتداء يكون الفقس منحصرا في تجويف الجرثومة ثم يخرج
وبصير سائبا وجسم الجرثومة المنفتح ينضم على هيئة حويصلة ذنبية ثم عند
وصول الفقس الى هذه الدرجة من النمو يتكون عنه ما يسمى بالديدان
الحويصلية التي تشاهد غالبا في الخنزير فهي عبارة عن فقس الدودة الوحيدة
ليس الا في وصلت هذه الدودة الحويصلية الى معى الانسان تثبت فقسها
بجدر القناة المعوية وتخلص من حويصلته الذنبية ويكتسب الشكل
العقلي فيصير دودة وحيدة

وبهذه المثابة تتولد الدودة الشريطية ذات الرأس المستوي متى وصلت
جرثومتها التي تكون على هيئة دودة حويصلية في معى الانسان واما تكون
جرثومة الدودة الشريطية العريضة العقل فغير معلوم ولا كيفية
تولد فقسها وكذا تكون الاسطوانية الابتدائي والدقيقة الذنب والشعرية
الرأس لكن من المثلث أن هذه الديدان لا تكون في محالها من دودة صغيرة
خارجة من بيض دودة في القناة المعوية وحينئذ ينبغي القول باتيان فقسها من
الخارج ودخوله في الجسم مع الاغذية ثم ان اباب الديدان المعوية تنوعت
تنوعا عظيما واشتهرت بحسب الاستكشافات الجديدة ومعظم الاسباب
التي قيل بها سابقا ثبت الآن انها ليست مبنية على أساس صحيح والذي
يظهر الآن انه لا يلزم ان يكون الغشاء المخاطي مجلسا لنوعات مخصوصة فيه
او لنوع مخصوص في متحصله حتى ينبغي على ذلك تكوّن الديدان المعوية
في القناة المعوية ونموها فيها وفي كثير من الاحوال يمكن معرفة الاسباب
التي بها تكونت الديدان الوحيدة في المعى فقد وجد المعلم (كشيستر)

ديدا نا وحيدة صغيرة حديثة في باطن امعاء شخص محكوم عليه بالقتل وكان
قد اعطاه ديدانا حويصلية يزورها قبل الموت بقليل من الايام ووجوده فقس
الديدان الوحيدة في لحم الخنزير أكثر منه في جميع اللحوم التي يتعاطاها
الانسان وأقل من ذلك وجوده في لحم الشبريل (وهو نوع من الغزلان)
واندر منه في لحم البقر ووجود الديدان الشريطية بانواعها في المسلمين
واليهود نادرا جدا لعدم تعاطيهم لحوم الخنزير وفي بلاد الحبشة التي فيها جميع
الشخصات تقر بامصابون بالديدان الشريطية لانو جده هذه الديدان مطلقا
في القسس الشرطريزون الذين تغذون بالاسماك فقط كما ان الديدان
الشريطية كثيرة الوجود جدا في البلاد التي يكثر فيها تربية الخنازير وقليلته
في ضدها ثم ان الديدان الحويصلية لا تقاوم تأثير طبخ اللحم ولا شيه ولا تجفقه
بالتدخين فتعاطى اللحوم المتحملة بجراثيم هذه الحيوانات وبيضها لا ينتج عنه
تكون الديدان الشريطية مادامت هذه اللحوم تؤكل مطبوخة أو شواء
او محققة بالتدخين وفي عكس ذلك انعكس الحكم يعني يكثر وجودها في
يتعاطاها نيئة ولو بذوقها اختيارا لها وكذا الذين يضععون السكاكين
الملاسة اللحوم المتحملة بجراثيم تلك الديدان الحويصلية في أفواههم
كاصحاب اللوكندات والطباخين والجزارين وهؤلاء الاخيرة يمكن ان
يساعدوا انتشار هذه الديدان بقطعهم بسكين ملوثة بجراثيمها السجق او لحم
الخنزير ولا يصرون في طبخه به مدسراته

وبكثيرا ما ينتج عن العادة الجارية الآن باعطاء الاطفال المنهوكين لحميا
مبشورا جدا تتكون ديدان وحيدة او ذات الرأس المستوى

واقول بان تعاطى اللحوم الجراء التي فيها التريشين الحلزوني ينتج عنه تكون
الديدان الشعرية الرأس قدر فض الآن ومشاهدة الديدان الاسطوانية ذات
الذنب الدقيق الكثيرة فيمن يتغذى بالمواد الفشوية يمكن توجيهها بما استكتفه
المعلم (استين) من وجود ديدان طفيلية في باطن بعض خنافس لدقيق في
الجائز ان يكون وصول فقس هذه الديدان أو بعضها الى المني بتعاطى الدقيق
الآيل للفساد

(الاعراض والسير)

الطواهر التي تنج عن الديدان المعوية تختلف كثيرًا بحسب الأشخاص
 المصابين ففي أحوال كثيرة قد لا يعرف وجود هذه الحيوانات الطفيلية
 الا عند انقذافها وقطع منها مع المواد البرازية وذلك بالخصوص يقال بالنسبة
 للديدان الشريطية فلذا يشاهد كثير من المصابين بالدودة الشريطية
 الوحيدة أو بذات العقل العريضة متمتعين بصحة جيدة ولا يشعرون بمغص
 ولا بطواهر انعكاسية ولا يلتفتون لمريضهم الا عند خروج بعض قطع عقالية
 زمنًا فزمنًا وكثيرًا ما يتعذر على الطبيب معرفة هذه القطع إذا أقيم المريض
 للطبيب ملفوفة في الورق جافة لينظرها وفي أحوال أخرى تشتكي المرضى
 بمغص شديد فزمنًا فزمنًا ويحس في أثناءه جسم متحرك (لكن لا يحدث
 عندهم هذا الاحساس الا عند معرفتهم بوجود الديدان في بطونهم)
 فيشاهد أن المريض يتلوى ويسند بطنه على جسم صلب وربما حصل عنده
 غثيان أو قيء ومع ذلك يحصل في أقران الألعاب ازدياد عظيم بحيث يسبيل من
 الهم ثم إن الطواهر التي شرحناها قد اشتهر عند العامة أنها علامات أكيدة
 على وجود الديدان خصوصًا إن ظهرت عقب تعاطي الفسيخ أو البصل
 أو التفجل أو الثمار ذوات النوى فبوجودها يستيقظ الطبيب لوجود تلك
 الديدان لكن لا يجوز الا عند انقذاف عقل من الدود من ذاته أو بتعاطي
 مسهل أو جوهر طارده وفي غير ذلك من الأحوال قد لا يتحمل الجسم وجود
 الديدان فيحصل الاسم الزمنًا فزمنًا سيما عقب تعاطي الأغذية المملحة والمقيلة
 بالأفاويه فيصير المريض متغير اللون فاقد القوام وينخفض صا ذوى الخافاة
 من قبل والأطفال والبنات وبالجملة فالتهيج الذي تحدثه الدودة الشريطية في
 اعصاب الغشاء المخاطي المعوي قد يمتد بجرأة الانعكاس الى اخيطة عصبية
 أخرى لكن قد يولغ في كثرة العوارض العصبية التي تنشأ من الكيفية
 بما نختص كثيرًا ما أدت للخطا المتعدد وكثيرًا ما ينسب للديدان الاسطوانية
 الدغدغة في الأنف فليجئ بعض الأشخاص لذلك في الخياشيم وعدداً للحدقة
 والحول واصطكاك الأسنان ونحو ذلك من الطواهر العصبية القليلة الشدة
 وأما الديدان الشريطية فينسب عنها أعراض عصبية كثيرة الشدة
 والامتداد كالصرع والرقص السنخي وعقد حصول الصرع بدون سبب

ظاهر يمكن ان يتوهم انه نابع عن التهيج الواقع على الغشاء المخاطي من وجود
الديدان فيحتس من الوقوع في الخطا بوجود حلقات من الديدان الشريطية
في المواد البرازية لشخص مصروع بحيث يظن ان الصرع عنده مرتبط
ارباطا كاملا بوجود هذه الديدان وانه يزول بزواله فان الاحوال التي يمكن
فيها حصول ذلك اندر ما يكون بحيث لاتذكر بالكلمة بالنسبة للاحوال التي
فيها يستمر الصرع بعد انقذاف الديدان الشريطية

واما الديدان الاسطوانية فلا يفتح عن وجودها في المني عرض ما فانه مع كثرة
انتشار هذه الحيوانات الطفيلية لو كان ينتج عنها تهيج شديد في الغشاء المخاطي
المعوي وعوق في التغذية لما وجدت اطفال بكثرة من المصابين بها متعمقين
بصححة جيدة ومتى كانت هذه الديدان في المني بكمية عظيمة جدا أمكن التقاطها
على بعضها وتكوينها التجمعات تسد المني فتحدث عوارض مغص ثقب لانه
حدا كانه اشنة عن تجمع المواد الثليبية بل ان لم يكن انغزالها عن بعضها
او انقذافها بشد يد من المسهلات امكن ان ينتج عنها اعراض المغص الموهول
المعروف بالقولنج وأن ينتج عن حركتها القوية مغص شبيه بالذي ينتج عن
الديدان الشريطية وأسباب هذه الحركات غير معلومة لنا وظن الماعلم
(كشنيستر) أن الديدان الاسطوانية مدة علوقها تتحرك بحركة قوية اشبه
شيء بالهزل والاستدلال بالهيمته الباهتة انهضية ووجود الاضطرابات
العصبية المذكورة على وجود الديدان الاسطوانية في امعاء الاطفال اشهر
خطا من الاستدلال بوجود مثل هذه الاعراض على وجود الديدان في امعاء
البالغين ومن اطباء من يغترقظن انه عرف حقيقة المرض بخروج بعض
هذه الديدان الاسطوانية بالنبرز والتي من مثل هؤلاء الاطفال فلا يتم
بالبحث الجيد ثم تظهر له حقيقة الحال فيجزم بان الديدان لم تكن هي السبب في
المرض بل ان الاطفال مصابة باستسقاء دماغي او مرض آخر من الامراض
الثقبية ونظير ذلك يقال في الحمى المعروفة بالحمى الديدانية فانه وان جاز ان
الديدان الاسطوانية ينشأ عنها احيانا نزلة معوية وظواهر حمية خفيفة لكن
الغالب ان الديدان الخارجة ليس لها ارتباط ما بالحمى المنسوبة لها واذا
وصلت الديدان الاسطوانية الى المعدة ينتج عنها احيانا ملل وضجر عظيم وفي

بحيث لا تكون للمرضى قدرة على وصف أحوالهم والاحساس القائم بهم فمقع
الطبيب في سيرة الان تنفذ الديدان بالقيء ويتضح الحال وقد لا ينشأ عن
صعود الديدان الى المعدة والمرى الاعراض واهمية جدا حتى ان الديدان
تخرج من القدم مدة النوم بدون استيقاظ المريض وقد تصل هذه الديدان الى
الحنجرة في أثناء سبجها وحينئذ يحصل للمريض تضايق تشنجي في المزمار فقد
شوه موت بعض الاطفال من هذا العارض النادر الحصول واذا دخلت
الديدان في القناة الصفراوية نتج عن ذلك عائق في سير الصفراء واذا امتدت
زيادة عن ذلك ودخلت في القناة ~~المعدة~~ بديية نتج عن ذلك التهاب كبدي خفي
لانه يندر جدا معرفة السبب الحقيقي لمثل هذه العوارض ونسبة اعراضها
لزوغان الديدان

واما ذوات الذنب الدقيق فينشأ عنها كالان متعب بجور كآسها عند قربها من
الاستأوا والخروج منه وذلك يزداد مساء وليل حتى انه يمنع النوم ويضطرب
ذلك بطلب متكرر للتبرز ويوجد في المواد البرازية المنقذة الخمطة كثيرا
بالمواد المخاطية ديدان صغيرة تحرك بجور كآسها واذ اسبجت في القرح
او المهبل بعد مرورها على العجان صار هذا العضو مجلسا كالان وغليان
صعب جدا ثم ان التخرج الناتج عن هذه الديدان والاحتكاك الذي يصاحبه
قد ينتج عنه التهاب نزلي يغش امهات البنات فيلجئن الى الطبيب ظنا من
ان بناتهن مصابات بالسيلان الايض وفي مثل هذه الاحوال يداننا البحث
الدقي بسرعة على حقيقة المرض

واما الديدان الشعرية الرأس فلا ينتج عنها ظواهر مرضية

*(المعالجة) *

اما المعالجة الواقية فالوسائط التي ينبغي استعمالها الوقاية من الديدان
الشريطية الوحيدة تستتج مما ذكر آنفا فلا ينبغي تعاطي لحم الخنزير الا بعد
طبخه بطريقة كافية لفساد الديدان الحويصلية التي يحتوي عليها هذا اللحم
احيانا وينبغي زيادة على ذلك الاحتراس في تعاطي اللحوم النيئة المستعمل
الا ان بكثرة في علاج الاطفال فتؤمر الامهات ببشر اللحوم بنقصها خوفا من
وصول جرثومة الديدان الحويصلية الى بطون اولادهن ويؤمر اطباخون

بعدم ذوق اللحوم النيئة المعدة لعمل السجق وبعدم وضع سكين المطبخ في الفم
كما يؤمر الجزارون بعدم استعمال السكاكين التي يجزؤون بها اللحم التي في
قطع السجق ولحم الخنزير وحيث ان أسباب الديدان الاخرى وكيفية
انتقالها مجهولة فلا يمكن ان تذكر وسائط صحيحة للوقاية منها

ولاجل طرد الديدان الشريطية لا يستعمل من الادوية العديدة التي كانت
تستعمل سابقا الا جذر السرخس المذكور وقشور جذر الرمان والكوسو
وزيت الترمينية

اما جذر السرخس المذكور فالظاهر انه قوى التأثير في الديدان الشريطية
ذات الابل العريضة بخلافه في الوحيدة فكثيرا ما لا يجدي نفعا فيها
وتستعمل قشوره مسحوقة من جرامين الى اربعة (أي من نصف درهم الى
درهم) ويكرر استعماله مرتين أو ثلاثة ويتعاطى على الريق صباحا ومساء
قبل النوم كما وصى به بعضهم وبعد مضي بعض سويعات أو في الصباح
ان كان تعاطى المسحوق في المساء يؤمر المريض بتعاطى مسهل قوى مركب
في الصمغ النقطي والممودة والزئبق الخلوأوهن ثلاثين الى ستين جراما من
زيت الخروع وأقوى اشكال السرخس تأثيرا وأهمها خلاصة السرخس
الاثيرية فتعمل - جويا - بان يضاف اليها مقدار مساو لها من المسحوق
ويعطى من جرام الى اثنين على مرتين ثم ان جذر السرخس المذكور دخل
عظيم في الادوية العديدة المركبة الطاردة للدودة الوحيدة التي تترك في
هذا العصر شافيا

واما قشور جذر الرمان فالظاهر انها متى كانت حديثة نفعت نفعا كبيرا
في طرد الدودة الوحيدة والمقدار النافع منها من خمسين جراما الى مائة (أي
من أوقيتين الى اربعة) في قدر ثلثمائة وخمسين جراما الى سبع مائة جرام من
الماء المنقوعة مدة أربع وعشرين ساعة ثم يغلى حتى يبقى نصف السائل ويعطى
منه على الريق صباحا على ثلاث مرات الا انه وان كان جيدا التأثير يحدث
عنه في الاحيان ما وعخص شديد يتألم منه المريض عدة ساعات والانجب الذي
يوصى به تجربة المنقوع البسيط قبل استعمال المطبوخ وهذا المنقوع يجوز
بأخذ مقدار من أوقيتين من قشور جذر الرمان الى أربع أو اقل وتأثير المنقوع

البسيط أطف جدا من حيث ان المريض لا يحس بمكادته ما وكثيرا ما شوهه
من تعاطيه طرد الدودة المذكورة بل شوهه طرد ثلاث منها مع رؤسها فان
لم ينفع استعمال المنقوع فلا مانع من استعمال المطبوخ بعد ذلك وعقب
استعمال قشور جذر لمرمان تنقذ هذه الدودة بدون تجزئتها الى قطع بل
الغالب ان تكون ملتقة على نفسها ككبة الغزل ثم ان لم تنقذ بعد تعاطي
أول مقدار بساعة الى ثلاث ساعات فالاجود اعطاء أوقية او اثنين من زيت
الخرع وأوصى المعلم (كشمستر) بتجهيز خلاصة من أربع أواق الى ست
من قشور جذر الرمان وتزج هذه الخلاصة بست أواق أو ثمان من الماء
لساخن وجرام أو جرام ونصف من الخلاصة الاتيرية للسرخس المذكور
وأربع فحجات اوست من الصمغ النقطي ثم يعطى قدر فنجان أو أكثر من هذا
المخلوط في كل ثلاثة ارباع من ساعة لاجل طرد الديدان فان لم يثر ذلك في ظرف
ساعة ونصف يعطى فنجان ثالث منه

واما الكوسو (ويعرف بالشربة الحشيشة عند العوام وبالشاو) فهو
عبارة عن الازهار المجففة المسحوقه من نبات يسمى بالبربير الطاردة للدود
وهذا الجوهر الدواني الذي وصل اليه من بلاد الحبشة لم يصادف
الامل العظيم الذي قيل به في ابتداء ظهوره مصادفة تامة وأقل ما هناك ان
النتائج العظيمة جدا التي مدحها بعضهم لم تثبت عند آخرين ويعطى من
هذا الجوهر مقدار من درهمين الى نصف أوقية امامنتى بالماء أو عمزوجا
بالعسل على صفة مربى ويعطى هذا المقدار على مرتين صباحا في ظرف نصف
ساعة وقبل تعاطيه يعطى للمريض فنجان من القهوة فان حصل له غثمان
أعطى له قليل من عصارة الليمون وان لم يحصل التبرز بعد ثلاث ساعات أمر له
بمسهل زيت الخروع أو السنا

واما زيت الترميتينا فهو وان كان من أقوى الادوية الطاردة للديدان
الشريطة فلا ينبغي استعماله الا عند الضرورة فانه اذا أعطي بكمية وافرة
اطرد الديدان نجا عنه زيادة عن رداة طعمه تهيج عظيم في المسالك البولية
ويعطى منه قبل النوم من أوقية الى اثنين منفردا أو مخلوطا بالعسل أو بزيت
الخرع أو مستحلبا

ثم انه لا ينبغي اعطاء هذه الجوهر الا بعد انقصال أو انة - ذاف بعض حلاقات
ديداية انقذا فاذا تيسر واما تأثير العلاج لاوقات معلومة في منازل القمر التي
يسهل انقذاف الديدان فيها تبعاً لاعتقادات الفاسدة فلا يلتفت اليه
وبالجمله يلزم قبل المعالجة الشفائية معالجة تجهيزية بان يحتمى المريض وتنظف
امعاؤه بزيت الخروع ويغذى أياماً بالاغذية المملحة كالفسنج وليم الخنزير
المملح وغير ذلك كالصل والمقابلة بالافاويه ومن هذه المعالجة ما أوصى
به من استعمال بعض الثمار كتوت الارض والثمار ذوات البزور الرفيعة
فان هذه البزور تضعف الديدان وتضربها مريضه كما قاله (كشنيستر)
ولا يعتمد على العلاج تاماً الا اذا شوهد رأس الدودة الشريطية لكن من المعلوم
انه يمكن وجود جله ديدان وجودة في المعى وفي هذا العصر استعمال جواهر
دوائى يسمى بالكالا وهو مسهوق يوجده من تجر وش رؤس الثبات المسمى
ر وتاير اتسكتوريا فيؤخذ منه من درهمين الى ثلاثة مخلوط بالماء وكذا
قشور المارسيان من أوقية الى اثنتين ممزوجة بالعسل وجذور البونان
درهم الى اثنين وغيرهما من الجواهر الدوائية حتى قبل بمجودة تأثيرها في
الشريطية ويكرر اها يظهر لها تأثير قوى مخصوص والجوهر الدوائى
الممدوح بكثرة في طرد الديدان الاسطوانية من بز الشيج المراد انى وهو الزهر
الذى لم ينقح من أكامه وهو من نبات يعرف بالارتيمisia الطاردة للدودة
الشريطية وقد رفضوا الآن طريقة اعطاء المخلوط المتخذ من مسهوق
بز الشيج المذكور والجلبة والواريانا والعسل ونحو ذلك من الجواهر التي
كانت تعطى على شكل مربى وكان يذهبها مراراً بجميع الاطبال تقريرا
كل سنة كما ترك ما ذكر على شكل شكولا الشيج أو اقراصه والذى عليه
العمل الآن استحضارات أخرى أسهل تعاطيا وآ كدمفعنة كخلاصة
الشيج المذكور الاتيرية لاسيما السنتونين وهو الجزء الفعال من هذا الشيج
فن الخلاصة يعطى للطفل مقدار من خمس فحمت الى عشر كل يوم ومن الثاني
من ثلاث فحمت الى أربع ويوجده في الاجزا خانات ملابس سنتونين مجوز
ذو طعم متبول في كل واحدة منه من نصف فحمة الى فحمة من السنتونين وقد
أوصى المعلم (كشنيستر) بحق فحمتين الى أربع من هذا السنتونين في أوقيه

من زيت الخروع ويعطى منه ملعقة بن ساعة بعد أخرى حتى ينتج المطلوب
وأقوى منه نتيجة استعمال ستونيات الصودا وهو اللطف من ذلك تأثيرا
فيؤخذ منه أياما متوالية صباحا ومساءمقدار من قحنتين الى خمس ومتى أعطى
بنز الشيج أو أحداستحضاراته لزم أن يعقب بمسهل ولا حاجة لغير ما ذكر من
الجواهر الطاردة للدود ولقذف الديدان الاسطوانية
واما طرد الديدان المستدقة الذئب من المستقيم فيمكن فيه استعمال الحقن
وأجودها المأخوذة من الماء البارد والخل لكن يلزم إعطاؤها بكمية عظيمة
لأجل وصولها الى الديدان الساكنة في التعريج السيني وطرد هاع التماسي
على استعمالها زمانا طويلا ويغني في الاحوال المستعصية ان يضاف الى
الحقن المذكور محلول خفيف من السليمان بان يؤخذ منه ربع قحقة في
أوقيتين من الماء

* (المبحث العاشر) *

(في الحمى المعديّة وتسمى بالمخاطية والصفرارية)

كثير من الأطباء لاسيما الالمانيين يعني بلفظ الحمى المعديّة أحوال المرضية
ذات سير حاد فيها لا يصطب الاضطراب العام الحمى الثقيل الانطواهر سوء
الهضم ومصحوبة باسمال غالب لا يوجد فيها اعراض تدل على تغير مرضي
ثقيل في عضوم الأعضاء المهمة ومثل هذه الاحوال المبرهن بها بالحيات
المعدية يعتبرها الأطباء المشتغلون بالطب العملي بالممارسات العظيمة خاصة
أحوال التيفوسية خفيفة ولا بد من رفض ذلك الاعتبار فان كل طبيب
مشتغل بالطب العملي بين الاهالي لا بد وان يكون قد شاهد عدة أحوال
مرضية متفاوتة المدة طولاً وقصراً بدون ان يكون فيها أدنى شبهة تسمم
تيفوسية تجب بقياس عدم التدبير الغذائي الصحي وهي تطابق بالكلية
الحيات المعديّة فعلى هذا ينبغي اجتناب القول بحصول تسمم تيفوسى ولو في
الاحوال التي لم يثبت فيها حصول التباعد عن التدبير المذكور والاعتراف
بالقول بان كلا من تأثير البرد والمؤثرات الجوية والارضية وغير هاهن
المؤثرات المرضية يحدث مجموع اعراض من هذا القبيل وليس القصد من
ذلك انكار ان عدة من الاحوال التيفوسية الحقيقية تشخص وتعتبر برحمى

معدية

ثم ان الحمى المعدية تنبئ غالباً بقشعريات خفيفة متكررة ويندر ان تبدأ
النوبة بقشعريّة واحدة ثقيلة وسرعة النبض تزداد فجأة فتصل الى مائة
درجة او تزيد في الدقيقة الواحدة وترتقي الحرارة طبقاً للقياسات القليلة
المعلومة تارة الى درجة لطيفة وتارة الى درجة مرتفعة فقد تصل الى درجة
٣٩ أو ٤٠ وتضطرب الحالة العامة اضطراباً عظيماً ويحصل انحطاط عظيم
تلازم فيه المرضى القرائش وتتألم الاطراف سيما المفاصل فيحس فيها ابتكسر
ويحدث ألم غير مطاق في الرأس يزداد بنوم المرضى وارتسكازهم على وسائلهم
ولومن الريش وربما تنقص بتعصيب الرأس بقوة بنحو منديل (تنبيه
الوسيلة المذكورة تستعمل بكثرة عند المصريين لتسكين آلام الرأس
الشديدة التي توصف بهذه الحمى) ويفقد النوم رأساً أو يضطرب باحلام
رديئة وتختلف شدة الظواهر المرضية الاتية من جهة المعدة والامعاء
فالغالب ان نفقاً قد التهمية ويغطي اللسان ويصير طعم الفم عجيباً ومرّاً
ورائحة الفم تكون متعنة وتشتكي المرضى باحساس بضغط أو امتلاء في
القسم الشراسبي وتزداد حساسيته بالضغط عليه وينضم لذلك تجشؤ من
غازات أو سوائل حمضية ناتجة عن فساد الهضم وقد يحصل في متكرر وفي
الابتداء بعتل البطن ثم يحصل اسهال سيما ان استطال المرض زماناً طويلاً
ويسبق هذا الاسهال بغص متقاوت الشدة وينتذف به مواد سائلة متلوثة
بالخضرة بسبب الصفراء الفاسدة وكثيراً ما تكون هذه المواد مخاطية

ومجموع الظواهر المذكورة قد يزول بسرعة بحيث ان المريض الذي كان
في حالة منزعجة في أول يوم يكون في اليوم التالي في حالة شفاء تام (وهذا ما يسمى
بالحمى اليومية) وان ظهر طفق مر بسمى على الشفتين فلا يمتد بشكلاً مرضياً
مخصوصاً ويسمى بالحمى الهرسية فانه كما يصاحب الحمى المعدية بكثرة
كذلك يصاحب الرئوية والمتقطعة وربما كان فيهما أكثر فحينئذ لا يكون
له في المرض الاول كبير اهمية زيادة عن الاخيرين وفي غالب الاحوال
لا يزول هذا المرض في يوم واحد بل يستمر عدة أيام غالباً ويندمكته زيادة
عن أسبوع وعند الأشخاص الذين لا يتحملون ارتفاع درجة الحرارة الحمية

أو النهوك الناشئة عن تولد هذه الحرارة تولد أذا (وقد ذكرناه في جلد من
هذه الحية أختلاف عظيم باختلاف الأشخاص) يضح الانحطاط انضاحا
بيناً بصرة ويضطرب الدماغ ويحل محل الاحلام المفزعة هذيان وان ظهر في
اللسان برفاف عظم الالتباس بالتيقوس وكثيرا ما لا تنضج حقيقة الحال الا
في اليوم السادس الى الثامن عقب طرق وتحسين فجائي ونفاهة سريعة
وحيث يتعسر تمييز الحى المعديّة عن التيفوس حال ابتداءه فيذبحى الاحتراس
في التشخيص والحكم على العاقبة في الاسبوع الاول فان مما يخل جد ابشيرة
الطبيب حكمه بتشخيص الحى المعديّة مع التأكد وتعيش به بالشفاء من
يوم ليوم ثم يظهر التيفوس في الاسبوع الثاني أو الثالث باعراضه الثقيلة
كما يعاب عليه أيضا اذا شخص المرض بحى عصبية أعنى تيفوسا ثم انتهى
هذا المرض في الاسبوع الاول بالشفاء بحيث ان المريض عما قبل من الايام
يخرج يقتنى للريضة اذ لا يخفى ولوعلى العوام ان الحى المعديّة لا تصير معدية
عصبية عند تسلطن أمور مخصوصة وتستحيل الى حى عصبية أى تيفوسية
بل من المعلوم عند من ذكر ان كلام هذين المرضين مختلف الطبيعى من
ابتداء حصوله والا هم في التشخيص التميز لهما في الاسبوع الاول أولا
اعتبار المؤثرات السببية فان كانت المؤثرات المرضية التى سبقت المرض
من المؤثرات المهددة لنزلات معدية معوية أذى ذلك في الاحوال المنبهة الى
غلبة الظن بكون ما ذكر حى معدية واما ان وجدت أحوال تيفوسية بكثرة
في مدينة مثلا أو ما يحيط بها ولم تسبق بعدم تدبير غذائى صحى يعتبر سببا
للمرض فان ذلك يؤدى الى غلبة الظن بحصول التيفوس ثانيا ارتقاء درجة
الحرارة فى الحى المعديّة فان ذلك غير منتظم فيها كما يكون واصفا للتيفوس
وسنوضح ذلك فيما بعد ثالثا وجود التهاب نزل في الفروع الشعبية الرفيعة
الدال عليه كل من السعال والخراخر القوية فانه مما يرجح القول بوجود
الحى التيفوسية لا المعديّة ولو وجد فيها احيا نا نزلات شعبية وهذه
الاحوال يعبر عنها بالحى المعديّة النزلية رابعا وجود الطغى الهربسى حول
القميد كذا القول بعدم التيفوس خامسا وجود تعدد في الطحال وظهور طغى
وردى على القسم العلوى من البطن في الاسبوع الاول يتق القول بوجود

حتى معدية ويؤيد وجود السيفوس
وهذا أحوال تختفي فيها الظواهر المعدية المعوية بالنسبة للاضطراب البني
العمومي الثقيل بالكلية بحيث يشك في كون القنافة المعوية منشأ المرض أم لا
وفي كون الحمى وظواهرها المتعلقة بها تعتبر امراضا للنزلة المعدية المعوية
أم لا ومثل هذه الاحوال يؤدي للقول بوجود حميات بسيطة (ذاتية) وتعرف
بالبسطة المستمرة بالسوفوخس ومن البعيد على العقل ان النتيجة الوحيدة
لتأثير سبب مضر في الجسم هو طروا الحمى بل الظاهر القريب للعقل انه يوجد
ولا بد تغيرات جوهرية خفية لا تدرك ويذهب هذا القول ما هو معلوم من
التجارب انه كثير ما يشاهد في أحوال الالتهابات الرئوية والحمى الجلدية
والالتهابات النزلية الشديدة في الغشاء المخاطي الدني والشعبي كل من الحمى
والاضطرابات البنيمة العمومية وانضاجها قبل ظهور الاعراض المرضية
وهنا ليسوغ القول بوجود حمى أصلية من الابداء انضم اليها فيما بعد
اصابة مرضية موضعية سمي وان الحمى تسير مع هاتيك الاعراض من وقت
ظهورها وينتهي سيرها بانتهاء سير الاصابة المذكورة ويتضح لي طبقا
لتصورى انه ان لم ترتق الاصابة المادية الخفية الى درجة ينشأ عنها اضطرابات
وظيفية مدركة تكونت الحالة المعبر عنها بالحميات الذاتية أو الاصلية ومع
ذلك فلا يستتبع من سوء الهضم الخفيف الذي يكون في كل حمى وفقد
الشهية وتغطية اللسان الخفيفة ونحو ذلك اعتبار كل حمى انها معدية
وقد أكد المعلم (جرجير) ما ذهب اليه من ان الاحوال المرضية الفادحة التي
تسير بظواهر مستمرة كثيرة الوضوح واصفة المعبر عنها بالحميات المخاطية عبارة
عن اصابات تفوسية تسير بكمية واضحة غير اعتيادية ولا أعلم ان كان هذا
الطبيب قد أجرى الصفات التشريرية في أحوال عديدة من الاحوال التي
نحن بصدد ها أولا كما لا أدري من أي زاوية استنبط انه في مثل هذه الاحوال
المرضية يوجد قدر وح معوية آخذة في الشفاء وكل من استعاطة هذه
المرض وخفة درجة الحمى وعظم امتداد الاصابة النزلية وتكون المواد
المخاطية بكمية عظيمة وغير ذلك يلجئني الى الشك في صحة ما ذهب اليه هذا
الطبيب المذكور حتى أقف بالدقة على حقيقة ما اليه ذهب وما الذي ساد كره

بالنسبة لاعراض الحمى المخاطية وسيرها فاني آخذله من مشاهداتي
الخصوصية ومن شرح المعلم (شونلين) على هذا المرض الموافق بالكلية
لمشاهداتي

وهذا المرض لا يبتدىئ بسرعة النبض العظيمة وتكسر الاطراف وآلم الرأس
الشديد والقلق التي تبدئ بكل منها الحمى المعديّة بل يكون النبض قليل
التواتر ودرجة الحرارة قليلة الارتفاع ونحس المرضى بهبوط واضح جدا
وتكون في حالة الشحاط وميل للنعاس وكراسة كلية لتعاطي شيء تامان
الطعمومات وان جبرت على تعاطي شيء مما ذكر حصل لها احساس متعب
بامتلاء في البطن ينضم له غمضان حتى يحصل التي توبه تنقذ كمية عظيمة من
مواد مخاطية لزجة وكذا كل من النزلة الفمية والحلقية المصاحبة لهذا المرض
يكون ذات صفات مخصوصة فاللسان يكون ابتداءً مغطى بطبقة بيضاء مضمرة
وكل من اللسان واللثة وقوائم اللهاة والبلعوم مغطى بطبقة مخاطية لزجة ثم
تنقذ غالباً الطبقة البشرية المغطية للسان فيظهر أحر كأنه قطعة لحم نيئة
أو مدهون بمادة حمراء وفي وقت الصباح تنقذ المرضى اما بواسطة البصاق
أو التقيح أو الغمضان أو القيء ونحو ذلك مواد مخاطية لزجة خيطية بكمية
عظيمة يضيع عنها ما عود البصاق وتكون مواد البراز مختلطة أيضاً بزيادة عن
المطعمومات غير التامة الهضم مواد مخاطية غزيرة وكذا الافراز البولي يترك
راسباً كثيراً المواد المخاطية والحمى تبقى كذلك في أثناء سير هذا المرض خفيفة
ذات طرز متعدد أو مستمر وتقع المرضى في حالة هبوط عظيم ويزداد هذا
الهبوط ازدياداً عظيماً بحيث ان هؤلاء المرضى ولو في غير وقت النعاس تستلق
على أظهرها في فراشها غير مستيقظة لما حولها من الأشياء بل ولا لنفسها
وحالة مرضها وعند انتهاء هذا المرض نحو الشفاء في الاسبوع الثالث
أو الرابع غالباً يزول تكون الافراز الخاطي بالتدريج وتعود الشهية يبطئ
ويصير النبض بطيئاً والمرضى المنهكة لا تكتسب قواها الاصلية الا بعد زمن
طويل ويكفي أقل مؤثر في احداث التكراسة فيعود المرض ثانياً حتى يعضي
على ذلك عدة من الاشهر فيحصل اما الشفاء التام أو الهلاك لهؤلاء الضعفاء
المنهكين

واما حل مسئلة الاحوال المرضية المعبر عنها عند الاقدمين من اطباء
 بالحيمات الصفراوية فمفسر وبالتجارب التي أجريتها في السنين الاخيرة أظن
 القرب نوعا الى فهم الامراض الحمية التي تسببها طواهريرقانية وأوضحها
 تقريرا عما سلف في العصر الخالية وذلك اني الآن لا أظن أن اليرقان ينشأ
 عن ازدياد الصفراء الذي يتكون به كمية عظيمة منها زيادة عما يسيل من المسالك
 الصفراوية وانه بذلك يقتض جزم من الصفراء المتزايدة المنقوضة بل الذي أجزم
 به ان وقوع اليرقان الذي يصاحب الحيمات الثقيلة دموي بمعنى انه ينشأ
 عن ثلاثي كرات الدم واستحالة المادة الملوثة له المنفصلة عنه الى مادة ماؤنة
 صفراوية وسأنتكلم على ذلك مفصلا عند امراض الكبد ووليتصرف هنا على
 الاعتبارات الاتية وهي انه في التسمم الصديدي للدم وحى النفس وغير
 ذلك من الامراض التسممية يحصل استحالات جوهرية في الاعضاء المختلفة
 عقب ارتفاع درجة الحرارة ارتفاعا عظيما ولا بد وان يشترك الدم في تلك
 الاستحالات ومن النادر ان يحصل في أثناء سير الاصابات الالتهابية سيما
 الالتهابات الرئوية فخلل في الدم كما كان يزعمه الاقدمون ويعقب ذلك يرقان
 دموي وبالجملة فقد تؤدي الاصابات النزلية التي تعترى الغشاء المخاطي لاقناة
 الهضمية والشعبية الى استحالات جوهرية في الكبد والقلب والكليتين
 والدم فقد شاهدت في السنين الاخيرة جملة مرضى مصابة بنزلات شعبية
 أو معوية بسيطة هلكت باعراض ثقيلة من جهة المجموع العصبي مع
 ظواهريرقانية واتقاخ في الكبد قليل و ضربات غير منتظمة ومنقطعة في
 القلب وبول زلالى وغير ذلك بدون أدنى شك في حصول تسمم عفن منتشر
 ومثل هذه الاحوال التي تشاهد بكثرة احيانا كالالتهابات الرئوية الصفراوية
 وتوجد بكثرة في البلاد الحارة جدا تطابق بالكليمة ما يسميه الاقدمون بالحيمات
 الصفراوية ولا بد وان توجد أحوال من البيميا وغيرها من الامراض
 التسممية يعبر عنها خطأ بالحيمات الصفراوية

(المعالجة)

حاض الكلورودريك له شهرة عظيمة في معالجة الحمى المعدية ولا تعرض
 الى كون التركيب الذي يكاد يستعمل دائما مأخوذا من جرامين (أعفى

نصف درهم) من حمض الكورودريك المركز على مائتي جرام (أعنى ست
أواق) من صواغ غروي أو منقوع خفيف من عرق الذهب من خمسة دس
جرام على مائتي جرام من الماء (أعنى ثمان مجعات على ست أواق) ويعطى من
ذلك ملعقة في كل ساعتين وله تأثير جيد جدا كما هو مشهور به وعلى كل حال
فالغالب ان المرضى تتعاطا مع القبول حيث انه يحصل منه تلطيف العطش
تلطيفا عظيما فضلا عن اختلاطه بالعصير المعدي فيزيد في خواصه الهاضمة
كما دلت على ذلك التجارب القسملو لوجبة

وفي الحمى المخاطية تستعمل القلويات السكر بونية لاسيما صبغة الراوند
المائية واستعملت ذلك بكمية عظيمة طبقة المانص عليه (شونلين) فيعطى من
ذلك ملعقة أو كل كل ساعتين مع التجاح التام تارة في ذلك أيضا رأى من قال
ان لهذا الجوهر الدوائى تأثيرا يكاد يكون نوعيا في الحمى المخاطية ثم ان المرضى
تسام أنفسهم من القمادى على تعاطى الشر به كما شاهدت ذلك فضلا عن
تحسين حالتهم بتعاطى بعض الخبز الخفيف متبلا بقليل من الملح واما الحمى
الصغراوية فالمستعمل فيها بكثرة الحوامض المعدنية والاجود فيها استعمال
جوهر دوائى مضاد له - هذه الحمى وهو الكينين فيستعمل بمقدار عظيم مع
تقيص الحرارة بواسطة التبريد والحمامات الباردة أو تلطيف الجسم
بالملاآت المبتلة بالماء البارد

(الفصل السادس)

(فى أمراض البريتون)

(أعنى أمراض الغشاء المصلى المستبطن للبطن)

(المبحث الاول)

(فى التهاب البريتونى)

(كيفية الظهور والاسباب)

يقال فى كيفية ظهور التهاب البريتونى ما قيل فى كيفية ظهور التهاب
البليوراوى والتامورى لان التغيرات المرضية التى ذكرناها فى شرح
تغيرات البليورا والتامور تحصل بعينها فى البريتون عند التهابه وذلك انه
من جهة يتكون تولد جديد من منسوج خلوى حديث أعنى غواحيثا فى

هذا الغشاء ومن جهة أخرى يحصل نضج التهابي على سطحه مزوج باخيلية
حديثة أي كرات صديدية وفي أحوال من التهاب البريتوني المزمن قد
يظهر أن التغيير الالتهابي قاصر على غوم مسوح خاوي بريتوني بدون حصول
نضج سائب على سطحه فبناء على ذلك يغلب على الظن حصول نخن في البريتون
والتصاقات تشبه بالكلمة نخن البلدور أو المنصافات بحيث تكون مثلها
بدون أن ينشأ عن ذلك اعراض

ثم إن الاستعداد لهذا الداء عند شخص سليم قوى البنية غير عظيم سيما بالنسبة
لشكليه الحاد المنتشر فإن المؤثرات المرضية الخفيفة التأثير الكافية في
احداث التهاب أغشية غير البريتون في الأغشية المصلمة والأغشية المخاطية
يكاد لا ينتج عنها التهاب بريتوني أصلاً ولذا ينبغي للطبيب أن يمسك بالعادة
العامية وهي أنه متى أصيب شخص سليم من قبل بالالتهاب البريتوني يجب
عليه الظن بوجود سبب من الاسباب الثقيلة التي سببها في بادئ الامر ولا يظن
وجود التهاب البريتوني المعروف بالرومازى إلا بعد القطع في هذه الاسباب
الثقيلة بالبحث الجيد والاستعداد للصواب بالالتهاب البريتوني وإن كان قليلاً
كما ذكرنا في السليمين إلا أنه يكثر جداً في المصابين بامراض مصحوبة بالتهوك
كالدرن وداء البرص وغيرهما من الامراض المصحوبة بالتهوك وكذا يزيد
الاستعداد المذكور في النساء من الطمث اذ يكفي عندهن أقل سبب مضر
فيحدث التهاب بريتوني وقد سبق ذكر الاسباب الممانعة من اعتبار هذا
الشكل من التهاب البريتوني كغيره من التهابات الرئوية والبلدور وربة
التي تحصل في مثل هذه الاحوال من التهابات الثانوية وفي أحوال أخرى
غير نادرة يكون هذا التهاب تقيح لا واسطية لتصلب منتشر في الدم وحينئذ
يقاسى بالالتهابات الجلدية في الامراض الطفحية الحادة ونشرح هذا
الشكل من التهاب البريتوني عند الكلام على الحصى السيفوسية وغيره من
الامراض التسممية للدم التي يكون فيها البريتون مجالاً لالتهاب

وأما الاسباب المتصلة للالتهاب البريتوني فهم الرض الشديد على البطن
والجروح النافذة ومن العمليات الجراحية ما يندرج تحت احداثه لالتهاب
البريتوني كبذل البطن وما يحدثه بكثرة كدمات لثقب الخنق وما يحدثه

دائما كالعمليات القيصرية أعنى شق البطن عند الولادة العسرة جدا ومنها
تمزق الاعضاء المغشاة بالبريتون او تمزقها ودخول سوائل أو مواد غريبة في
تجويف البطن فان هذا الالتهاب يمكن حصوله عن ثقب المعدة بقروح
أو سرطان فيها وتقرحات المعانة الديدانية والاعور والتقرحات السيوفودية
او الدرنية للمعدة وتمزق الحويصلة المرارية والمثانة وتمزق خواجات السكب
او الطحال ونحو ذلك

ويمتد الالتهاب في جميع هذه الاحوال بسرعة الى جميع سطح البريتون
ويندر ان تقطع الالتصاقات القديمة الكائنة بين الغراء المعوية سبب هذا
الالتهاب وتقع امتداده الى باقى اجزاء البريتون بحفظه عن ملامسة
الاجسام الغريبة المنسكبة في البطن

ومنها ان الالتهاب البريتوني قد ينفج عن التهاب عضو مجاور له هذا الغشاء
فان البريتون يشترك بالالتهاب مع الاعضاء المغشاة بها كما نشترك البلديورافى
التهاب الرئة وذلك كحصول الالتهاب البريتوني الناتج عن الالتهاب الاعورى
والفتق الخنثى والاختناقات المعوية الباطنية والنواء الامعاء ومدخلها
وكثيرا ما يمتد الالتهاب من اعضاء قناسل الاثني ويصيب البريتون كما ان
التهابات السكب والطحال يمكن ان تمتد الى هذا الغشاء وفي جميع هذه
الاحوال يكون الالتهاب البريتوني قاصرا على الجزء المصاب في ابتداءه بل
الغالب ان يكون قاصرا عليه فيما بعد ايضا وفي بعض الاحوال قد يمتد هذا
الالتهاب ويتشربها اذا كان ناتجا عن اختناق معوى او نحو

ومن النادر جدا أن يكون ناتجا عن تأثير البرد واضطرابات جوية أخرى غير
معاملة كما تقدم ويكاد أن لا يحصل ذلك مطلقا عند سلمى البنية وقد جرت
العادة بتسمية هذا الشكل بالالتهاب البريتوني الروماتيزمى

(الصفات التشريحية)

ولنشرح أولا التغيرات التشريحية للالتهاب البريتوني الحاد المنتشر
فنقول

يكون البريتون ابتداء محمرا بسبب الاحتمان الوعائى الشعري والارتشاح
الدموى الحاصل في خلايا منسوج البريتون ولأجل كشف هذا الاحمرار

ومشاهدته ينبغي ابعاد التراكمات اللبغية المغطية له وسما في ذكرها ثم يتناقص
هذا الاحرار وماذا الامن انضغاط الاوعية الشعرية بسبب الانتفاخ
الاوذيمياوى الذى يحصل فى جوفه وسطح هذا الغشاء يتكدر لعمانه بسرعة
عقب سقوط الطبقة البشرية ويشاهد سطحه خاليا وماذا الامن تولدات
اخلية جديدة ترتفع على سطحه كما ذكرنا ذلك فى التهاب البلديوراوى

واهم تغيرات جوفهر البريتون مشاهدة النضج الذى يوجد على الدوام مغطيا
لهذا الغشاء المصلى ولو كانت مدة انما به قصيرة جدا وطبيعة هذا النضج
وكيمته تختلف اختلافا عظيما فانه قد لا يشاهد احيانا الا طبقة دقيقة شفافة
من مواد ليفية منعقدة يسهل نزاعها بسهولة على شكل غشاء رقيق مغطى
للبريتون ومكون لاتصاقات رخوة بين العرا المعوية وبعضها ولا يوجد
نضج سائل بالكسبة وفى احوال أخرى يكون النضج المنعقد أكثر كثافة
وأقل شفافية وأكثر اصرارا كالغشاء الكاذب ويوجد فى الاجزاء المنحدرة
من التجويف البطنى كمية متقاوتة العظم والقدر من مواد مصلبة عكرة ندفة
وتارة قد يكون النضج عظيم الكمية جدا بحيث عند دفع البطن يخرج من
تجويفه سائل عكر ندى غزير جدا وتبقى منه كمية بين العرا المعوية وفى
الحوض الصغير وعلى جانبي العمود الفقري وزيادة على هذه التجمعات
الغشائية المغطية للبريتون توجد تجمعات مصفرة من مواد ليفية منعقدة
اما سائبة فى السائل او ساقطة فى قاعه ومجموعة فى الاجزاء المنحدرة من
تجويف البطن

ثم ان النضج النليل الكمية المحتوى على مواد ليفية بكثرة يشاهد خصوصا
فى التهابات البريتونية الناتجة عن أسباب جرحية او عن امتداد التهاب من
عضو مجاور للبريتون نفسه واما النضج المصلى اللينى العظيم الكمية
فيوجد غالبا فى التهابات البريتونية الناتجة عن التثقب أو عن التسمم
المتشمسيما فى التهاب النفاسى وفى الاحوال النادرة من التهاب البريتونى
الروماتيزمى

وجميع طبقات الامعاء تكون فى التهاب البريتونى المصحوب بنضج غزير
محلى الاوذيميا فممية جانبية فتكون جدار الامعاء بسبب هذه الاوذيميا

أكثرهما كذا وتؤدي أودعها الغشاء المخاطي المعوي الى افران مصل غزير في
باطن القناة المعوية وبسبب شلل الطبقة العضلية يحصل تراكم كمية عظيمة
من الغازات في الامعاء بل تكون الطبقات السطحية من السكبد والطحال
والجدر البطني مجسسا لا تشاح مصل ومنعبرة اللون وبالجملة قلنا ذكرهنا انه
بسبب النضج والغازات الممتدة للمعي يندفع الحجاب الحاجز الى أعلى فيحصل
الى موازاة الصلع الثالث او الثاني فينضغط معظم اجزاء الرئة وبذا توجد
سرعة حصول الموت

واذا لم يهلك المريض حال ارتقاء الالتهاب الى أعلى درجة تعيرت الصفة
التشريحية وفي الاحوال الجيدة تقتصر الجزء السائل من النضج بسرعة ثم
تزول المواد المتقدمة مع الكرات الصديدية المنحصرة في هذه المواد
او السابجة في السائل وذلك بعد ان تكابد الاستحالة الشحمية فتسيل وتسير
صالحا لا امتصاص ومع ذلك تبقى على الدوام تكاثفات جرتية مع التصاقات
بريتونية وفي احوال أخر اقل جودة لا يقتصر الجزء السائل من النضج
الا امتصاصا غير تام والكرات الصديدية التي كانت محتاطة به ابتداء بكمية
قليلة تسكن جندا فيكتسب السائل هيئة صديدية والتهقدات الليفية لونا
مصفرا ورخاوة عظيمة وقد تلتصق الامعاء في بعض الاصفار التصاقا متينا
بحيث يجتمع السائل في جملة بورات منعزلة ثم اذا عاش المريض زيادة عن هذا
الدور الذي يوجد غالبا عند الهالكين من الالتهاب البريتوني في الاسبوع
الرابع او السادس شوهد امتصاص السائل الصديدي المتكيس وتكاثفه
واستحالته الى مادة مصفرة جينية بل وكسبية تبقى متراكمة بنجوى البطن
في منسوج خلوي مبيس وفي بعض الاحيان يمتد التكون الخلوي الحديد
العظيم الذي يحصل على السطح السائب من البريتون الى جواهر هذا الغشاء
فيحصل فيه تفرح او ثقب فينصب النضج المتكيس اما في الامعاء أو المثانة
وينتقد من جدر البطن او يتجمع على هيئة بورات في المنسوج الخلوي
الحوض ويتخذ مسلكا نحو الخارج في صفر منحدر

وفي الالتهاب البريتوني الحاد الجزئي تصير التغيرات النثرية قاصرة على
الغلاف البريتوني لا يكتسب مد أو الطحال أو الجزء المعوي او بعض الاعر المعوية

الجوارى وعند ما يكون النضج قليل الغزارة محتويا على مادة ليفية بكثرة يحصل التصاق الاجزاء الملتهبة ببعضها واما اذا كان النضج غزيرا جدا وكان زلالا ليعقبها أمكن ان يتكون عن ذلك بورات متكلسة بين الاجزاء الملتهبة كما في الالتهاب البريتونى المنتشر وفي هذه البورات تحصل الانتهاءات السابق ذكرها

واما الالتهاب البريتونى المزمن فهو عبارة عن الشكل الذى يكون ابتداءه كالالتهاب البريتونى الحاد المنتشر ثم يتبع سير ابطيا وتنتج عنه البورات الصديقية التى شرحناها لكن يوجد زيادة على هذا الشكل البريتونى المزمن خصوصاً عند الاطفال تغيرات التهابية أخرى فى البريتون تصاحب الدور المعوى والمساريق وغير ذلك من الآفات المعوية وهذه التغيرات الالتهابية تكون من ابتداء ظهورها فى حالة مزمنة وتمتد الى جميع سطح الغشاء المخاطى وأقله الى معظم سطحه وهذا الشكل من الالتهاب البريتونى يتصف بنوع عظيم فى المنسوج الخلوى البريتونى فينتج عن هذا النمو ضخامة بريتونية تكون تارة هلامية وتارة ندية والعرا المعوية تكون ملتصقة ببعضها على هيئة لفائف غير منتظمة الشكل ويوجد بين هذه العرا المعوية المتضايقة والمتمسكة مراراً وبورات مملئة بمواد مصلية وصديقية تارة وبسائل دموية تارة أخرى واختلاط هذا السائل بالدم ينتج عن غزق الاوعية الشعرية الرقيقة الذى ينشأ عند تكرار حصول اى التهاب مزمن فى اى محل كان فان الالتهاب المتكرر هنا لا يصيب المنسوج الاصلى فقط بل يصيب أيضاً المنسوج الخلوى الجديد التكوين الكثير الاوعية الرقيقة الممتدة كون على سطح البريتون فى الالتهابات المتقدمة الحصول وكثيراً ما يوجد فى هذا الشكل بجوار النضج الدموى درن متكون على سطح البريتون المتكاثف وبالجملة يوجد شكل من اشكال الالتهاب البريتونى المزمن الجزئى معروف فى انها آتة أكثر من ادوارها الاول ويحصل عند وجود التهابات مزمنة واستحالات مرضية فى الاحشاء البطنية وينتج عنه تكدر وتكاثف فى البريتون والتصاق الاعضاء الحشوية ببعضها وانجذاب الامعاء والمخناؤها

(الاعراض والسير)

الالتهاب البريتوني الحاد المنتشر تختلف الصفة التي يبتدئ بها باختلاف
الاسباب التي احدثته ففي الالتهاب البريتوني الجرحي اول اعراضه هوشدة
الالم الذي يبتدئ من محل الاصابة الجرحية ويتشربسرعة الى جميع اجزاء
البطن وفي النتائج عن الثقب سيما الثقب الفجائي الذي به تنصب جواهر
مهيجة في تجويف البريتون يكون العرض الاول لهذا المرض الماشهدا
زائدا عن المدي بصره في البطن السفلى ويصطب هذا الالم ابتداء بانحطاط
عومي عظيم جدا ولا يصطب بحمى شديدة الا فيما بعد

واذا حصل الثقب تدريجيا وكانت المواد المنسكبة في تجويف البطن قليلة
السكمية والتهيج امكن ان تسبق اعراض الالتهاب البريتوني العام باعراض
البريتوني الجزئي التي سنشرحها وفي الاحوال التي يمتد فيها الالتهاب من
عضو مجاور الى البريتون لا ابتداء اعراض الالتهاب البريتوني المنتشر فجأة
كما تقدم فان الالام التي كانت موجودة من قبل لا تترد الا شيئا نسبيا
وتكون قاصرة في الابتداء على الجزء الملاصق للعضو الملتب ثم تمتد ببطء الى
جميع البطن

وفي شكل الالتهاب البريتوني المعروف بالروماتيزم والتهيج عن التسمم المنتشر
يبتدئ هذا المرض بتشعريرة وحى شديدين كهجوم غيره من الالتهابات
الثقبية

وسواء كان ابتداء هذا المرض فجائيا او تدريجيا وظهرت الحمى من الابتداء
او فيما بعد فالالم على الدوام هو العرض الاكثر شدة ووصفا لهذا المرض
فاى ضغط على قسم البطن مهما كانت خفته يصير غير مطاق بل قد لا يتحمل
المريض الغطاء والملابس على البطن والمريض في هذا المرض لا تكون في حالة
قلق في فراشها كما يشاهد عند المصابين بالخص بل تبني مضطجعة على ظهرها
مع السكون ثانيا اطرافها السفلى على الخوض وتعالج من أهل حر كته في
وضعها واول ما يعالجها ينحصر بل لها ينجم عنه آلام شديدة في البطن وتقلص
الوجه وتكلم المريض ببطء عظيم ولا تنفس الا سطحي اخوها من الضغط الذي
يحده عقوط الحجاب الحاجز الى السفل وازدياد الالام عقب ضغطه على
البريتون ومن ابتداء هذا المرض يتوتر البطن وينتفخ ولا يمكن نسبة الاخير

في الابتداء الى النضج الذي يحصل في تجويف البطن فان كميته اذ ذلك
لا تكون عظيمة جدا بل معظم هذا الانتفاخ ينتج عن تمدد الامعاء الممتلئة
بالغازات وتوجيه الحالة الطبيعية للبطن في مثل هذه الاحوال ليس سهلا فانه
لا يحسن نسبة الى تكون غازات بكمية عظيمة اذ لا يوجد في سبب لسرعة
فساد متحصل الامعاء كما انه لا يجوز القول بانه يحصل في الالتهاب البريتوني
تصادات غازية من الجدران المعوية فالذي يظهر ان الحالة الطبيعية منقوطة
بسمولة تمدد الغازات المعوية عقب استرخاء الجدران المعوية من جهة وعوق
خروج الغازات من جهة أخرى بسبب شلل الطبقة العضلية للامعاء والحالة
الطبيعية للبطن قد تكتسب بسرعة تقدر ما عظيم جدا ومن الواضح ان كلا
من النضج والتمدد المعوي يحدث ضغطا عظيما على الحجاب الحاجز كما يضغط
على جدران البطن ومن ذلك تنشأ اعراض خطيرة للغاية فان الضغط الواقع على
الفصوص السفلى من الرئة بسبب اندفاع الحجاب الحاجز الى أعلى والاحتقان
الشديد الذي يظهر في الاجزاء غير المنضغطة من الرئتين بسبب موقف الدورة
في الاجزاء المنضغطة ينتج عنهما عسر عظيم في التنفس وسرعة عظيمة في حركته
بحيث يصل عدد الشهيق في الدقيقة الواحدة من ٤٠ الى ٦٠ وعوق
الدورة في الرئتين يمكن ان يمتد الى الغلب الايمن والجدوع والوريدية الغليظة
للدورة بحيث ينتج عن ذلك تالون سيانوزي خفيف عند المرضى وفي اغلب
أحوال الالتهاب الحاد البريتوني المنتشر يوجد عندهم امساك مستعص
وهذه الظاهرة تنسب الى شلل الطبقة العضلية المعوية الناتجة عن الاوذيميا
التهمة الحادة غير انه يشاهد في الالتهاب البريتوني التهابا في امهال مائي
فانه في هذا الشكل في الالتهاب تمدد الاوذيميا الى الطبقة المخاطية أيضا فينتج
عن ذلك ارتشاح غزير مصلى يتدفق مع الخارج ولومع شلل الطبقة العضلية
مق وصل امتلاء الامعاء الى حدهم لوم بحيث اذا اجلس المريض المصابة
به هذا الشكل من الالتهاب وضغط على بطنه اضغطا خفيفا سال من الشرج
كمية عظيمة من مواد مائية متلونة قاعلا وكثيرا ما يصحب هذه الاعراض
المدكورة التي ماعدا الاحوال التي يكون فيها الالتهاب البريتوني ناتجا عن
تنقب القرحة المزمنة للمعدة وتكون المواد المنقذفة بالقي على الابتداء

مخاطبة قليلة التلون ثم تصير مائية ثم مخضرة قليلا ثم يتضح الاخضرار
 وأسباب حصول التي في هذا المرض تارة وعدم حصوله تارة أخرى ليست
 واضحة فان اشتراك الغلاف المعدى البريتوني في هذا الالتهاب وعدم
 اشتراكه فيه لا يكتفي بان في توجهه ذلك واذا امتد الالتهاب الى الغلاف
 البريتوني المتأني نتيجه زحير بولي مستقر واحساس باعتلاء مستقر ايضا في
 المشانة بحيث لو صفى الطبيب غير المتقرن الكلام المريض وتطلبه لاستفراغ
 مافي المثانة المحسوس له بادخال القسطاطير لاجل ما ذكرنا أمكنه ان يخرج منها
 نقط قليلة من بول مر كزدا كن وبالجملة فانه يعدم من جملة اعراض الالتهاب
 البريتوني الحاد المنتشر المحي التي تحدث عما قيل بعد طر والمرض او معه
 فله بض يسرع كثير او توجهاته تغربدا وحرارة الجسم تصل الى ٤٠ درجة
 فاكثرو حالة المريض العامة تضطرب جدا كما يحصل في باقي الحميات الشديدة
 والدماغ يكون في الغالب سليما غير متكرر

وعق كان سير المرض ثقبلا فان جميع الاعراض تأخذ في التناقل والشدة
 في أيام قلائل واما الاكلام فتكون في الابتداء أشد ثم تنقص وتتفاح البطن
 يصل الى أعلى درجة فيندفع كل من الكبد وقة الغلاب الى اعلى حتى يصل
 الى الصلع الثالث وبالقرع يسمع في ابتداء المرض صوت ممتلي طبعي وعند
 ازدياد النضج تسمع أصحية غير تامة في الاجزاء المنحدرة من البطن وفي هذه
 الحالة يشد قلق المرضى جدا طامنين للاسعاف وحالة بصرهم تدل على اليأس
 وان لم تفعل لهم اسعة قرواغات دموية غزيرة أو كانت كمية الدم غير متعاقصة
 بسبب غزارة النضج استسب وجههم لونا مزرقا با نوزيا ثم تضطرب
 الحواس اذ ذاك ويحصل لها انحطاط وينتدى عند المرضى الهذيان ويصغر
 النبض شيئا فشيئا وترداد سرعته ويتغطى الجلد بعرق بارد فتملك المرضى احبانا
 في اليوم الثالث أو الرابع من هجومه والغلب في آخر الاسبوع الاول وعند
 ما يسير المرض سيرا حميدا وذلك في الاحوال الجديدة التي يتأني فيها تبعيد
 الاسباب المتهمة لهذا المرض والتي تكون في هذه الاسباب قليلة الشدة
 والخبث ينقص الام والانتفاخ الطبعي للبطن والحى شيئا فشيئا ويحصل هذه
 في النقص ويصير خالصا ويعود المريض الى صحته بسرعة لكن الغالب ان

يبقى عنده مدة حياته امسالك اعتيادي واستعداد للمغص قبل التبرز بسبب
الاتصاقات المعوية والانحناءات المعوية أيضا

واذا لم يهلك المريض في الاسبوع الاول ولم يحصل عنده أدنى تحسين واضح
تغيرت صورة المرض غالباً وسار سيراً مناعياً لم يتناقص والبطن لا يصير
حساساً الا بالضغط العظمي والاتفاخ الطبلي للبطن يتناقص ولكنه لا يزول
بالكلية وان كان قد اعتدى المريض امسالك الى هذه الدرجة يحصل عنده
امسالك خفيف واما اذا كان عنده اسهال من الابتداء بسبب الارشاح الغزير
للمواد المصلية في المعى زال هذا الاسهال وحل محله امسالك وسرعة النبض
ارتفاع الحرارة يتناقصان لكن لا يعودان الى الحالة الطبيعية وفي أثناء
تناقص الاتفاخ الطبلي للبطن تتضح الاصمعة في الاجزاء الخفية لهذه
لتجويف ويحس في الاجزاء الصماء بمقاومة تخرج شيئاً فشيئاً ثم يكتسب البطن
شكلاً غير منتظم ذات تحدبات والنضج المتكبر يمكن ان يكتسب هيئة الاورام
غير المنتظمة والحصى وان كانت تطلقت الانهم لم تزل مستقرة وتظهر فيها
ثورات زمنية فتنهك قوى المريض ويحصل تلاش في دمه ومنه وجاته
فتزول الطبقة الشحمية وتضم العضلات وتصبح رخوة والجلد قداماً متشققاً
ولا يندر ظهور راوذيما في الاطراف السفلى ثم تهلك المرضى في حالة نهوك عظيمة
جداً نحو انتهاء الاسبوع الرابع والخامس والسادس وان امتص النضج
البريتوني لكن كانت نقاهة المريض بطيئة وتسبب اعراض تضايق المعى
والاتصاقات أكثر مما اذا كان امتصاص النضج البريتوني حصل بسرعة
كما في الاحوال الحادة جداً وهذه الظواهر تكون فيبوعاً لمكابدات شاقة
عند المريض مستقرت واذا حصل تفرح في البريتون وثقب واشتدت الحمى
وزدادت الآلام وحصل اما ارشاح في جزء محدود من جدار البطن واحمرار
وثقب فيه او تكون خراجات الشحارية تظهر في محال مختلفة منحدرة او ان
الصديد يسكب في المعى وينتذف مع البراز وهذه هي الحالة الحميدة والعادة
ان تملك المرضى في جميع الاحوال عقب النهوك ولا ينبج منها الا القليل بعد
نقاهة مستطيلة

واما التهاب البريتون الحاد الجزئي فالغالب ان يسبق باعراض تختص بمرض

العضو الذي امتد منه الالتهاب الى البريتون فان حصل الالتهاب المذكور في الحفرة الحرقمية اليمنى يسكون مسبوقا باعراض الالتهاب الاعورى والذي يكون مجالسه القسم الشراسيفي يسبق باعراض تقرح المعدة او المعى او باعراض خراج في الكبد ووجهه ول هذا المرض وان كان منتخبا بالمنتشر في جميع البطن الا ان الحساسية العظمى لجدار البطن عقب لضغط (وهي عرض واصف تقريرا لالتهاب البريتون) تكون قاصرة على جهة محدودة منه والانتفاخ الطبلي للبطن يفقد في هذا الشكل او يكون جزئيا وكذا الحصى تكون اخف مما في الشكل السابق وفي كان النضغ غير غزير جدا زالت هذه الاعراض في اقرب وقت وانتهى بالشفاء العام ما لم ينتج عنه النساكات المعوية تعوق حركات المعى او انتهى المرض الاصلى بانتهاء آخر واماسير الالتهاب البريتوني الجزئي فيختلف اذا نتج عنه نضغ غزير وفي هذه الحالة يسمع في جميع امتداد الاجزاء المريضة صوت أصم عند القرع ومقاومة هذه الاجزاء تكون عظيمة أيضا وتشتد شأفا إلى ان يحس عند الجس بوجع في جدار البطن ومثل هذه البورات ينسدر مشاهدتها عقب ثقب القروح المعوية ويكثر مشاهدتها عند حصول ثقبات معوية خنازيرية تدريجية أو عقب تقرحات الاعورا والمعلقة الديدانية وبهذه لبورات كسير البورات المتكيسة التي تظهر عقب الالتهاب البريتوني المنتشر البطيء السير

واما الالتهاب البريتوني المزمن الذي يشاهد في سن الطفولة ويكون مصاحبا للدرن المعوى والمساريقي فقد شرحه المعلم (هينوخ) في كتابه على امراض البنان السفلى شرحا ينفذ ان الاطفال الذين يصابون به يكونون ذوي بنية ضعيفة خنازيرية ويظهر وجود الديدان المعوية او السيل المساريقي عندهم بسبب المغص الذي يحس الهم زمنا فزمننا والاسهال الذي يعقبه الامساك وتقدم النحافة وعند البحث الجيد عن البطن الذي يقبى فيه الالتفات الى عدم اعتبار زيادة حساسية علامة دالة على الالم يشاهد كثرة تألم البطن في اصفار متعددة عند الضغط بل قد تحصل الالم فيه عن مجرد انقباضات العضل البطنية بحيث تلجئ الاطفال للصراخ عند فعل المحمودات الاعتيادية للتبرز

والخافه عند مثل هؤلاء الاطفال تقدم ما عظيم اجد في أشهر قليلة
وتثور الخبيث فحو المساء عادة وحينئذ يتور البطن شيئا فشيئا بحيث يكتسب
شكلا كرييا وتوتر جدر البطن وتصير لماعة ويوجد فيها أوعية وريدية متعددة
وعند الضغط على البطن في هذا الزمن يوجد شديد الألم ويحس فيه بمقاومة
ذات مرونة وعند القرع على هذا التجويف توجد اما أصمية في الاصفار
المحدرة بتغير وضعها باختلاف وضع المريض وهذا يدل على وجود انسكاب
سائب في البريتون أو أنه يوجد عند القرع صوت أصم في جميع امتداد البطن
بسبب انجذاب المني نحو انهود الفقرى بالاتصافات السارية فيه وبذلك
يلامس الانسكاب الجدر البطني وفي معظم الاحوال يكون صوت القرع
ممتلئا طبليا في محاذة المني وأصم فقط في محاذة الاصفار التي فيها المنضج
السائل ومن جميع ما ذكرناه من الاعراض تدل على معرفة هذا المرض
الذي هو كثير الحصول جدا او ينتهي على الدوام انما محزنا ما بنفسه أو
بعضا عقابه

واما التهاب البريتون في الزمن الجزئي الذي كثيرا ما يشاهد آثاره في البطنة
على شكل سهاكة او التصاق أو انكماش يندى في البريتون كسهاكة البليورا
او التصاقها فحوله يتم بكيفية كاملة كالتهاب البليوراوى الذي ينتج
عنه تغيرات مماثلة لذلك وحينئذ لا يمكن شرح صفة هذا الشكل من التهاب
البريتون في الزمن

(التشخيص)

اختلاط التهاب البريتون في بعض من الامراض ليس كثير الوقوع فان كلا
من شدة حساسية البطن عقب الضغط القليل وانفتاح الطبل والخي في
الشكل الحاد منه يكاد يستدل منه دائما على حقيقة التشخيص وقد يحصل
بعض تعسر في تشخيص شكل هذا الالتهاب متى كان ناشئا عن ثقب قرحة
معدية أو اثني عشرية قبل معرفته من قبل فان كلاما من تغير البطنة وبرودة
الجسد وصغر النبض وانخساف البطن وغير ذلك من اعراض الانحطاط
العام الثقيل يعلن بوجود مغص شديد أكثر من دلالة على وجود التهاب
البريتون الحاد لكن متى توقف الطبيب وعلم ان علامات كل من التقرح

المعدى والاثني عشرى قد تكون حقيقة جدا والتفت أشدة حساسية البطن
عند الضغط الذى يشاهد فى هذا الشكل من الالتهاب البريتونى من الابتداء
أمن من الوقوع فى الخطأ والالتباس فى التشخيص
وقد يتغيب على الطبيب التمييز بين المغص واحتباس الحصىات الصفراوية
او البولية وبين الالتهاب البريتونى ومع ذلك لا يوجد فى الحقيقة عسر فى
التشخيص التمييز بينهما الا فى الاحوال التى يوجد فيها مثلا عند الاستيريات
آلام عصبية مسار يقيمة مصحوبة بازدياد حساسية فى الجدر البطنية او متى
وجد مغص روماتزمى أو مغص حصى صفراوى وكان المراقى الايمن شديدا
الحساسية جدا عند الضغط وفى مثل هذه الاحوال ينبغى انتظار تقدم سير
المرض قبل الجزم بالتشخيص واما باقى الاحوال المشابهة لذلك ففيها يبدل
عدم حساسية البطن عند الضغط ولا سيما الراحة التى تحصل للمرضى منه على
حقيقة التشخيص

(الحكم على العاقبة) *

هلاك أغلب المرضى المصابين بالالتهاب البريتونى ليس صادرا على الدوام من
عدم تحمل الجسم للالتهاب البريتونى بل من كون هذا المرض يكاد يتعلق على
الدوام باصابات جرحية خبيثة أو مرض ثقيلة للدم أو بظهوره فى أشخاص
مرضى من قبل ذات مقاومة ضعيفة ولذا اذا نشأ الالتهاب البريتونى عن
أسباب مماثلة للأسباب التى تحدث أغلب الالتهابات البليوراوية كانت
بلا شك أعدا عاقبة من الالتهاب البليوراوى وكذا كثيرا ما ترى شفاء الالتهاب
البريتونى الروماتزمى الذى لا يظهر عنه إلا أشخاص السليمين الا ظهورا
استثنائيا خصوصا عند النساء مدة الطمث كما اننا شاهدنا بكثرة شفاء الالتهاب
البريتونى الذى يصاحف الالتهاب القولونى الذى يخرج عن تجمع المواد الغذائية
او الفتوق المحترقة متى أمكن إزالة الأسباب الناتجة عنها هذا المرض بسرعة
ويوجد أيضا شكل آخر قليل الخطر من هذا المرض وهو الالتهاب البريتونى
المزمن المحدود الذى يصاحف الالتهابات المزمنة للأحشاء البطنية
واستحالاتها المرضية ولربما قيل ان «صول ذلك بحججه ودخلنى طبيعى لاجل
تجنب عوارض ثقيلة»

والاعراض التي يتعلق بها شدة خطر الالتهاب البريتوني هو في ابتداء المرض كل من التدد الغازي للبطن وظواهر عسر التنفس المرتبطة به ففى اشتد كان المرض أكثر تقلباً في آخر سيره لاسيما في الاحوال المستطيلة يحكم على شدة خطر المرض وعدمها بشدة الحمى ودرجة قوى المريض المتعلقة به وحالة تغذيته العامة

(المعالجة)

أما المعالجة السببية فانها في الاحوال التي يكون فيها الالتهاب البريتوني ناتجا عن احتباس المواد الغليظة وتقرح نابج في المعى سيما الالتهاب الاعورى البرازي وعن اخذ مناقق تستدعى معالجة المرض الاصل في الحالة الاولى وعلمية اطلاق القتق في الحالة الثانية واما باقي احوال الالتهاب البريتوني الاخرى فلا يمكن انفاها انعام ما تستدعيه المعالجة السببية ومع ذلك فمن اللائق هناك كرمعالجة التثقبات المعوية بواسطة الافيون بمقدار عظيم متكرر فان المعالجة بهذه الكيفية غاية ما يقاها حر كانت الامعاء منع ملامسة المواد المنسكبة لسطح عظيم من البريتون وتجنب انسكابها في الباطن خصوصاً ما كانت المعى المنثقبة منعزلة عن باقي تجويفه بواسطة التصاقات والتهاب وبم الطبيعة تؤيد نجاح هذه الطريقة اذ كثيراً ما شاهدت في الاحوال التي يتبع فيها بدلا عن هذه الطريقة طريقة علاجية عرضية لاجل مقاومة الامساك بواسطة الحقن والمسهلات ان الالتهاب البريتوني الذي كان محدودا ابتداء وكان حقه ان يبقى على هذه المنابة صار منه تشراب سرعة عاما لجميع البريتون ويعطى الافيون في مثل هذه الاحوال من نصف قحمة الى قحمة كل نصف ساعة في الابتداء ثم فيما بعد يبرأ عطاؤه نادرا

وأما معالجة المرض نفسه فقد اختلف فيها في هذا العصر رأى الاطباء اختلافا عظيما فان كل مريض كان يعالج سابقا بحسب الصناعة بواسطة الفصد العام ويستفرغ منه من رطل الى ارباطال من الدم ثم يبرأ مرله بوضع لعلق بكمية عظيمة على البطن مع اعطاء الزئبق المحلول بمقدار قحمة الى اثنتين بعد مضي ساعتين والاستمرار على ذلك بالمرهم الزئبقي بكمية عظيمة على جدر البطن والفخذين لاجل نفوذ جزء عظيم من الزئبق في البقية بدون توق لخل

العاق فهذه هي المعالجة التي كانت متبعة عموماً ومع ذلك فكان يملك من
المرضى عدد عظيم ولم يلتفت الاطباء لعدد الذي شفى من هذا المرض بالمعالجة
المذكورة

وهذه المعالجة وان لم تكن ذات نجاح عظيم الا انه لا يعسر علينا اثبات كون
الطريقة القديمة غير عقلية فضلاً عن كونها مهلكة فانه عند دفع جثة
الهالكين بالالتهاب الرئوي المصحوب بنضغ غزير نجد ان الرمة خالية بالكلمة
عن الدم بسبب هذا النضغ ولولم يفعل للمرضى استفرغات دموية عظيمة كما
انه عند دفع جثة الهالكين بالالتهاب البريتوني الذين كان علاجهم حسب
الصناعة نجد ان القلب والاوعية الغليظة مشحولة على كمية من الدم قليلة
جدا بحيث يمكن نسبة الموت للمعالجة أكثر من نسبتها لنفس المرض وان
نضم الى ذلك كون المشاهدة الاكلينيكية والتجارب العديدة دلت على
ان دفع كمية عظيمة من الدم مدة الوضع لاتي نقصاً من الاصابة بالالتهاب
البريتوني التامى عند سلطان حي النفس وان جميع الاسباب المضرة
التي يمكن احداث الالتهاب البريتوني يظهر تأثيرها المضر في الضعفاء
المهولين كقوياء البنية امكننا ان نضرب صفحاً عن اقامة ادلة أخرى تضاد
فعل الاستفرغات الدموية (رس) بأن الدلالة العرضية لهذا المرض
تستدعي احكاماً الاتجاء الى الاستفرغات الدموية) والا نرى تعدد الاطباء
ان الاستحضارات الزبقية ليس لها تأثير مضاد للالتهاب ولا للعضون ونحن
لا نحكم بأنه أقل ما هناك لاجابة الى الاستعمال الزبق الحلو والمرهم الزبق
في معالجة الالتهاب البريتوني بل انما نراه ان تعاطى هذا الزبق فضلاً عن عدم
نفعه مضر اذا أعطي منه مقدار ميسر وعكس ذلك يقال في الاستفرغات
الدموية الموضعية ولا شك في كونها ذات تأثير جيد ولو بالنسبة لضعف
المرضى وهذه النتيجة يتوصل اليها ولو كان الالتهاب البريتوني ناتجاً عن
تنقبقرحة معدية وهناك طريقة أخرى ذات تأثير مشابه لما تقدم بل لها
تأثير جيد في الالتهاب نفسه وهي الوضعيات الباردة فيمكن المرضى تحمّلها
وجب تعطية البطن برفاً ممتلئ في الماء البارد وتغير كل عشر دقائق انما
يتأسف من عدم تعمل المرضى الوضعيات الباردة على الدوام وهذه المعالجة

التي أوصى بها البركني وكبوش وغيرهما من الأطباء كثيرا ما ينتج عنها نتائج
جيدة في الأحوال التي يربح شفاؤها غير أنها تفضل عنها في الاستعمال
الوضعية لثابتة على البطن أو الوضعيات الزبينة الفاترة الخفيفة لسهولة
تحمل المرضى لها دون الوضعيات الباردة وفي عصرنا هذا النجاح المعالجة
بالافيون في التهاب البريتوني الناتج عن الثقب واثما كد من أن الأجزاء
المنغمة تحتاج للراحة في هذا المرض قد جعل للأطباء دسوخ قدّم في الأقدام
على استعمال هذا الجوهر الدوائي في جميع أشكال التهاب البريتوني ونحن
على رأي من قال أن النجح المعالجة في التهاب البريتوني هي الاستفراغات
الدوائية الموضعية على البطن بإرسال الملق مرة أو بجملة مرات والوضعية
الباردة عليه واستعمال الأفيون من الباطن هي المعالجة العقلية الأكثر
نجاحا في التهاب البريتوني وإن هذا الجوهر رابطة جيدة جدا في جميع
أشكال هذا المرض فإن التضخم الالتهابي الذي هو مهيح النهائي شديد بلا مس
بالحركات الدينامية للمعي أجزائه معوية لم تكن ملتزمة فإن أمكن إيقاف تلك
الحركات الدينامية المعوية بواسطة الأفيون أمكن تجنب سبب رئيس في
امتداد التهاب وإن استطاعت مدة المرض ونجوع المرض وتجمع الصديد
في بورات منعزلة ينبغي المداومة على الضمادات الفاترة وفتح الخارج بسرعة
عند ظهور التورج وهذه المعالجة نفسها تستعمل في التهاب البريتوني
المزمن انما في هذا الشكل يوصى أيضا باستعمال المركبات اليودية من الباطن
واستعمال صبغة اليود على البطن مسابا بالفرشة

وأما المعالجة العرضية فتستدعي في الأحوال التي فيها يظهر اللون السيانوزي
بسرعة وخصوصا التي يوجد فيها عسر في التنفس القصدي العام والتي يوجد
فيها علامات الاوذعي في الفصوص العليا من الرئة القصدي وان كان لا يزال
الخطر المهدد للحياة المريض الا وقتيا ليكالا نعرف واسطة أخرى أقوى منه
لأجل مقاومة هذا المعارض واستعمال زيت الترمنتين من الباطن كما
يستعمله الانكليز لا يكفي في إزالة الحالة الطبيعية للبطن التي هي السبب
الابتدائي لعسر التنفس العظيم ومثل ذلك يقال في الجواهر التي اشتهرت
بانها تنص الغارات أو نعالها وتطردها وينبغي رفض بزل البطن بواسطة

بازلة رفيعة متى أمكن اخراج الغازات بواسطة قساطير عظيمة مرنة تدخل في
المستقيم

وأعظم واسطة لمقاومة التي الذي يحصل في هذا المرض هو تعاظم قطع صغيرة
من الجائيد وأما الامساك فلا ينبغي مقاومته الا بعد زوال دور الالتهاب
بواسطة مسهلات لطيفة جدا

وأما الامساك الذي يكون ناتجا في الغالب عن ارتشاح الغشاء المخاطي المعوي
ارتشاحا او ذميا او بيا فيقاوم بالانيمون والقوابض وان لم ينتج تأثيرهما في
الغالب وفي الاحوال المزمنة التي فيها الحمى تضعف قوى المريض بالكلية
ينبغي ان يعطى له كبريتات الكينا بمقدار عظيم ونبهذ الكينا بمقدار قليل
خصوصا مع تعاظم الاغذية المقاومة المسهلة الهضم

(المبحث الثاني)

(في الاستسقاء البطني المعروف بالزقي)

*(كيفية الظهور والاسباب) *

يوجد في الاستسقاء الزقي تجمع ارتشاح في البريتون يشابه تركبه متحصلات
الارتشاحات الطبيعية للجسم والاسباب التي ينتج عنها الارتشاحات زقية في
البريتون هي عين الاسباب التي ينتج عنها تزايد الارتشاحات في اجزاء أخرى
من الجسم وهي تنحصر في ازدياد الضغط الباطني للدم على جدران الاوعية
وتناقص كمية المادة الزلائية لمصل الدم والاستحالات المرضية للبريتون

ثم ان الاستسقاء الزقي كثيرا ما يكون من جملة ظواهر الاستسقاء العام المعوي
المعروف بالاستسقاء العام سواء كان الاخير ناتجا عن مرض في القلب
أو في الرئتين يهتز رجوع الدم الوريدي الى القلب أو كان متعلقا باستحالة
مرضية في الكليتين والطحال وغيرهما من الاعضاء يعقب فقر الدم وفي جميع
هذه الاحوال لا يحصل الاستسقاء الزقي الا حصولا تابعا يعقب ظهور
اعراض الاستسقاء العام ولا يظهر الا بعد حصول ارتشاحات مصلية في
المنسوج الخلوي العام تحت الجلد (اي الاستسقاء اللحمي) او الاطراف
او الوجه ونحو ذلك وفي أحوال أخرى يكون الاستسقاء الزقي نتيجة ركود
الدم ركودا محمدا ودافيا او عيبا للبريتون واحتباسه فيها وحيث ان ذلك

لا يتأق الا عن عائق في دورة الوريد الباب في الواضح ان الاستسقاء الرقي قد يوجد بدون ظواهر استسقاءات في أعضاء أخرى ويحسب بانقراده بعض امراض الكبد او ورمته

وبالجملة قد يكون الاستسقاء الرقي خصوصا شكل الاستسقاء اللبني او اللينقاوي متعلقا باستحالة مرضية عمدة في البريتون سيما التولدات المرضية او السرطانية أو الدرنية لهذا الغشاء والظاهر ان السرطان الهلامي هو أكثر أشكال السرطان استصحابا للاستسقاء الرقي العظيم
(الصفات انتشارية)

كمية المادة المصلية المرتشحة في التجويف البطني تختلف اختلافا عظيما فقد تكون بعض ابطال في بعض الاحوال وقد تصل الى أربعين رطلا أو تزيد في أحوال أخرى بلون لسائل اما ان يكون صافيا ومعتكرا معتكرا خافيا لا غلظه باخيلية بشرية مكابدة لاستحالة ولونه يكون أصفر فاقعا كثير الزلال والاملاح ولا يحتوى الاعلى قليل من ندف لبقية ومتى عرض السائل المنفرد من البريتون المكابدة لاستحالة مرضية الى الهواء تكون فيه واسبب من مواد لبقية منعقدة والبريتون يظهر كاياميهض والطبقات السطحية للكبد والطحال تكون باهتة للون قليلا لوقته تظهر خالية عن الدم ضامرة بسبب الضغط عليهم من السائل العظيم وقد يكون الخجاب الخارج احيا نامة سدفا الى أعلى اندفاعا عظيما بسبب تجمع السائل في البطن بحيث يصل الى الضلع الثالث أو الثاني

(الاعراض والدير)

يشرح اعراض الاستسقاء الرقي وماذا لانه لكون هذا المرض لا يستقل بنفسه ولكون اعراضه الخاصة لا يمكن افرازها عن اعراض المرض الاصل الى الابكيفية تصفعية

ومتى انضم الاستسقاء الرقي الى الاستسقاء السموي والغالب ان تكون الاعراض المحسوسة للمريض واهية في الابتداء بالنسبة لبقا مكابدة بحيث لا يلتفت الى حصول الاستسقاء الرقي لا فيها وفيها العلامة الطبيعية وعكس ذلك يتعال في شكل الاستسقاء الرقي الذي يصاحب اضطرابات الدور

البوذية او الاستحالات المرضية للبريتون فان في مثل هذه الاحوال قد يأخذ
ضمور الكبد الخفي او سرطان البريتون في الظهور بالاستسقاء الرقي بحيث
يسندل من زيادته التدريجية ومن الاضطرابات التي يحدثها على المرض
الاصلي ولو كانت كمية السائل المنصورة في البطن قليلة فالمرضى لا تشتمكي
الا باحساس امتلاء البطن وتضايق الملابس ويحصل في آن واحد عوق
خفيف عند الشهيق العميق ومتى ازدادت كمية السائل ازداد أيضا
الاحساس بامتلاء البطن بحيث يصير متوترا مؤلما وضيق النفس القليل
يزداد أيضا بحيث يحصل صعوبة في التنفس والضغط الذي يحدثه السائل على
المستقيم يمكن ان يحصل منه امساك وتجمع الغازات في البطن المسبب عن
ذلك يزيد في ضيق النفس أيضا وكثيرا ما يحصل تناقص في الافراز البولي بسبب
ضغط السائل على الكلتيين والاورية المارة فيها وقد استمر الاعتقاد زمنا
طويلا بان المدرات البولية بعد ان فقدت خاصيتها تعود لها عقب بزل
البطن وتوجيه هذا الاعتقاد بهذه الكيفية من الخطا بل ان ازدياد الاستسقاء
الرقي في حد ذاته مماثلي من عوائق الافراز البولي وانه متى زال هذا العائق
سهل الافراز البولي فائسا ثم ان الضغط الذي يحدثه السائل الغزير في الوريد
الباب والاوردة الحرقمية ينتج عنه صعوبة في دورة اوردة الاطراف السفلى
والاعراض التناسلية الظاهرة وجلد البطن وبذلك يوجه تعدد اوردة هذه
الاجزاء والارتشاح المصلي في منسوجها الخلوي تحت الجلد الذي قد يكون
عظيما جدا بحيث يخفى المرض الاصلي ولذا ينبغي للطبيب التأكد بالسؤال
من كون الاتفاخ ابقاء في الاطراف السفلى او الصفن اوى البطن
ثم ان جميع المرضى المصابة بالاستسقاء الرقي تكون في حالة خطيرة لكن
يندر أن تم لك من الاستسقاء الرقي نفسه بل الغالب ان يكون هادئا من
المرض الاصلي الذي نتج هو عنه وقد يسرع الانتهاء الحزن بعسر التنفس
او بالتسلحات والغغرينات السطحية التي تظهر أحيانا في الصفن أو الفخذين
بسبب تورم الجلد وتورم اعظيما

ثم ان البحث الطبيعى للبطن ذو أهمية عظيمة في تشخيص الاستسقاء الرقي
فيوجد بمجرد النظر تعدد في البطن وتغير مظهره في شكله فانه متى كان

الارتشاح متوسط الكمية يختلف شكل البطن وأوضاع الجسم المختلفة بحيث اذا بحث عن المرض وهو جالس وجسد النصف الاسفل من البطن ابرزوا وعند استئناثه يصير البطن اكثر عرضا

واذا كان الارتشاح غزيرا جدا وجسد البطن متوربا جدا في جميع الاتجاهات بحيث يصل التورم الى الاضلاع فتشاهد الاضلاع الكاذبة منفذقة الى الخارج وحينئذ لا يتغير شكل البطن بتغير أوضاع المريض ومتى كان الاستسقاء الرقيق راضعا جدا يكاد يشاهد شجرات وريدية مزرقة كثيفة متفرعة في جلد البطن المسترق وتبرز المسرة وتورم جلد خلوطي جدر البطن ناتجة عن تباعد ألياف الادمة ينتج عنها خروزيه مائلة للزرقة ترى من خلال الادمة كالخروزال في جدر البطن الناتجة عن تمددها جدا مدة الحمل

ومتى ارتفع السائل المتجمع في البطن عن الحوض أحسن بتوج واضح عند وضع راحة اليد على جهة من البطن والقرع بأنامل اليد الأخرى على الجهة المقابلة لها أقرعاس ريعا وصوت القرع يكون فارغا بالكيفية أعنى ذا أصمية تامة في جميع المحال الملامس فيها السائل جدر البطن ومجاس هذه الاصمية يختلف بالزيادة والنقصان على حسب وضع المريض فان السائل يميل لان علا الأجزاء المنحدرة بطنها ماعدا الأحوال التي يكون فيها سطح المقدم من البطن ذا اصمية في جميع امتداده عند القرع (التشخيص)

لاجل تفسير آفة ماء الرق أعنى الارتشاح السائب في البريتون من الاستسقاء البيضى المكبس في التآل الكلى في معرفة تاريخ المرض بالبحث الجيد عن المرض والوقوف على حقيقة الأسباب الناتجة عنها كما لمرض فان الأحوال التي يظهر فيها الاستسقاء البيضى التام ككيس تكون مجهرية والذي دس لم في الغالب ان هذا المرض كثيرا ما يظهر عند انقضاء الجسيدات المهمة بدون وجودها بقية بامراض أخرى ويظهر كذلك في الاستسقاء الرقيق في امكس التآل كمن سبق عدم وجود تعبيران تركيب لم اودوده بسبب تجمع السائل في البطن كاتقدم وأمكن ايضا ان

وجود استعماله مرضية في البريتون دل هذا في الاحوال المشكوك فيها على
وجود استسقاء متكيس في المبيض وليس زقيا واعتبار هذه الامور واجب
اذ هناك أحوال فيها التشخيص التمييزي ينبغي على الامور التي ذكرناها
والبحث الطبيعى لا يمكن الاستدلال منه بشئ ومتى كانت الايكاس المبيضية
صغيرة بشكلها الخاص وكذا وضع الكيس والتحول الجنائى لفوهة الرحم
واختلاف نتيجة القرع عند تغير اوضاع المريض فحينئذ يمكن سهولة تمييز
الاستسقاء الزقى المبيض المتكيس عن الاستسقاء الزقى فقط لكن في
الاحوال التي فيها يكون غموا الكيس عظيما جدا وقد اشكل الشكل الخاص
للورم ويعتمد الى الجزء المتوسط من البطن ويندفع الرحم الى أسفل بثقل
الكيس ويوجد عند القرع صوت أصم يعتمد على جميع الجهة المقدمة من
البطن تشبه بالكلية الاستسقاء الرقى الذى ازداد زيادة عظيمة وفي مثل هذه
الاحوال ينبغي الالتفات الى المسافة بين العرف الحرقى والاضاع الثانى عشر
كما به عليه الطبيب (بامبرغر) حيث قال يوجد في هذه المسافة الصوت الطبلى
للمعى العلى ولو كان الورم عظيما جدا لا يوجد ذلك في الاستسقاء الزقى ومع
ذلك قد يصادف هذا العرض ايضا

وبعد معرفة الاستسقاء الرقى يجب على الطبيب معرفة لسبب الناجع عنه
وقد ذكرنا فيما تقدم ان الاستسقاء المذكور يكون من جملة الظواهر
المتعلقة بالاستسقاء العموى ولا يكون مطلقا عرضا ابتدائيا له وعلى ذلك متى
ظهر الاستسقاء الزقى عند مريض غير مصاب بالاوفيميا في اجزاء اخرى كان
هذا الاستسقاء ناتجا اما عن عوق في الدورة الوريدية البوافية او عن استعمال
مرضية في البريتون وكثيرا ما يمرض علينا تقيها تين الحما تين عن بعضهم
اسمها انه كراهه عند وجود ظواهر عوق في سائر الدم في جذور اخرى في المجموع
لويدي البوابة وظهور اضطرابات في وظائف الكبد يستدل من ذلك على
الشكل الاول وانه بالعمى عند وجود علامات كاشفة كسبية واضمة
او وجود سرطان او درن في اعضاء اخرى خصوصا في جذور ام في البطن
يستدل من ذلك على ضرورة الشكلى الثانى

(المخالفة)

تستدعي دلالة الاستسقاء الزرق متى كان هذا المرض أحد طواهر الاستسقاء
العمومي وكان ناتجا عن عوق في استقراغ دم الاجوفين مع العالجة امراض
القلب والرتين السابق ذكرهما مرارا
واذا كان الاستسقاء الزرق متعلقا بجموعه عظيمة في الدم وجبت معالجة
المرض الاصلي الناتجة عنه النور وكذا الاجتهاد في تحسين حالة الدم وليس لنا
قدرة على اتمام الدلالة الاولى واما الثانية فيمكن التعشم في اتمامها مع النجاح
فيما اذا نتج الاستسقاء عن الحيمات المنقطعة او عن البول الزلالى او الذى
يصاحب نقاهة الامراض الثقيلة وبهذه الكيفية يحصل على نتيجة اكثر
عما اذا استعملت المدرات البولية بدون تمييز ولا يمكنها مطلقا فتح سيدل الوريد
الباب او الوريد الكبدي عند انسداد او انضغاطه او ارجاع مرونة الكبد
عند انكماشه وضموره الناتج عنه اضيق الوعية الكبدية في المرض المعروف
بالسروز الكبدى كما انه ليس لنا قدرة على اتمام الدلالة السببية في احوال
الاستسقاء الزرق الناجم عن استحالة سرطانية او درنية في البريتون واما دلالة
معالجة المرض نفسه فتستدعي تهديد السائل المتجمع في البطن وفي العادة
نعطى المدرات البولية تقريرا لجميع المرضى المصابة بالاستسقاء الزرق لكن
عدم من شفى بهذه المعالجة واه جدا بحيث لا يعد شيئا
واذا كان الاستسقاء الزرق متعلقا باستسقاء عمومي فلا مانع من استعمال
المدرات البولية واما ان كان ناتجا عن انسداد في الوريد الباب فلا وجه
لاستعمالها كما اذا استعملت في اودع الساق الناتجة عن انسداد الوريد
الفخذي واما المسهلات الشديدة فانها مددوحة من مدة طويلة عند مشاهير
الاطباء اكثر من المدرات البولية في معالجة الاستسقاء الزرق وتأثيرها سهل
التوجيه ولو في احوال انسداد الوريد الباب مثل الانحشار اسفة قواغ
الجذور الابتدائية لهذا الوريد وبذلك يتناقص الضغط على جدار الوعية
الذى هو السبب الابتدائي للاستسقاء الزرق وعند اعطاء المسهلات تفضل
الشديدة منها في هذه الاحوال واكثر كيب يستعمل بنجاح في احوال
الاستسقاء الزرق محبوب المعلم (هيم) المركبة من الصمغ النقطن وبصل المنفصل
وكبير تور الالتهيمون المذهب وتستعمل المسهلات الشديدة ما دامت قوى

المريض وحالة القناة الهضمية متحملة لذلك واما ان انحطت قوى المريض
ونجح عنها تهييج عظيم في القناة الهضمية وجب ترك الاستعمال واما بزل البطن
فهى عملية غير خطيرة وبها يستخرج السائل المتراكم في هذا التجويف
بسهولة وهذه العملية وان لم تكن خطيرة كما ذكر وتيجتها واضحة الا انه
ينبغي الالتفات للنسائج الحزنة التي تقعها فعلى الطبيب ان يلاحظ ان السائل
المستقر غليس مجرد سائل مائى بل هو زلالى مصلى ويستعاض من الدم بعد
استخراجه بزمن قليل يتجمع سائل جديد آخر وذلك لوجوب الاشئ قوى
المريض ودمه

وقد دلت التجارب اليومية على ان التحافة تتقدم ثم تعظم اعقاب اول
عملية بزل فى البطن ولذا لا تفعل هذه العملية فى الاستسقاء الرئوى الا عند
وجود خطر عظيم يهدد حياة المريض عقب عوق التنفس او الخوف من
وقوع الجلدة المتوترة وتورعا عظيما فى الغنغرينا

(المبحث الثالث)

(فى درن البريتون وسرطانها)

درن البريتون لا يكاد يحصل حصولا اوليا مطلقا بل يكون اما مضاعفا للتدرن
الرئوى او الموى أعنى للالتهابات ذات المتحصلات الجينية فى الرئة او المعى
اولتدرن الاعضاء البولية او التناسلية وفى احوال أخرى قد يكون درن
البريتون ظاهرة من جملة تطواهر الدرن الدخنى الحاد وليس للشكل الاخير
اهمية اكلينيكية فانه لا ينتج عن التراكمات الدرينية الصغيرة الشفافية فى
جوهر البريتون اعراض وليس لها تأثير واضح بالنسبة لسير الدرن الدخنى
الحاد وكذا التولدات الدوينية الصغيرة المبعضة التى توجد فى الطبقة المصلية
الخسنة للمعى فوق القروح المعوية الظنازيرية فانها ذات اهمية تشرى بحجة
مرضية لا اكلينيكية واما الدرن البعوض النظيم الحجم الذى يتردد بكمية
عظيمة على سطح جميع البريتون فله اهمية عظيمة فيما ذكر والاجزاء المحيطة
بكل عقد درنية على حدتها تكون مرشحة بالدم او تستحيل المادة الملونة
لادم المسكب الى مادة بجمتية فيحاط هذا الدرن الابيض به القموسودة
والغالب ان يكون السرب منعظا نحو الاعلى ومرصعا بالدرن ومكونا

لحوية بارزة ذات تحدبات ويكون البريتون في هذا الشكل بقطع النظر عن التولدات الدرينية واقعا في حالة كثافة وتخن النهائي ويوجد في تجويفه كمية عظيمة من السائل تكون احيانا دموية

وكذا سرطان البريتون يندران يحصل كمرض اولي ذاتي بل يكاد يمتد اليه في جميع الاحوال من الاعضاء المجاورة كالكبد والمعدة واعضاء الاناث التناسلية ومن النادر ان يمتد اليه من المعى وكل من الاسكيروس والسرطان الخفاي يحصل غالبا على شكل تقييدات او عقد عديدة في حجم الحص منشرة على جميع سطحه وانهم ما يحصلان على شكل استئصال سطحية منشرة في جواهر البريتون واما السرطان الهلامي فقد يتركز عنه اورام عظيمة جدا تمتد وزيادة على هذه الاورام التي يكون مجلسها السرب غالبا تكون اغلب اعضاء البطن والوريتة الجدرانية من البريتون مرصعة بتعقدات صغيرة هلامية وفي هذا الشكل تكون الاعرا المعوية ملتصقة ببعضها والسائل المخوي في تجويف البريتون يكون انذال متكيسا

ثم ان الطواهر الرضية التي يصطبب بها كل من درن البريتون وسرطانها تشابه بالكيسة طواهر الاستسقاء الزقي البسيط والعرض المهم هو تمدد البطن بالتدريج بالسائل المتزايد المتجمع في تجويف البريتون وكل من الاحساس الشديد للبطن بالضغط الذي يفقد في غير هذا الشكل من الاستسقاء الزقي وكذلك القنية السربيع الطهور ووفقا لاسباب أخرى من اسباب الاستسقاء الزقي هو الذي يحكم به فقط مع التفريق على وجود استحالة سرطانية بريتونية واما وجود الورم والاحساس به فهو الذي يحكم به على ما ذكرنا لكبد كما أن شكل الورم وامتداده وسن المرض وظهور درن او سرطان في غير البريتون من الاعضاء هو الذي يحكم به على وجود احدي هاتين الاستحالتين المرضيتين

(في امراض الكبد والمسالك الصفراوية)

(الفصل الاول في امراض الكبد)

*(المبحث الاول في الاحتقان الكبدي)

(كيفية الطهور والاسباب)

كمية الدم المحتوى عليها الكبد قد تزايد بازدياد ورود الدم الى هذا العضو
او بعوق استفرغته منه ويسمى الاحتقان في الحالة الاولى بالاحتقان
التواردي وفي الحالة الثانية بالاحتقان الاحتباسي
ليعلم ان الاحتقان التواردي للكبد قد ينشأ اولاً عن ازدياد قوة الضغط
الباطني للدم على جدار الوريد الباب وهذا الاحتقان يحصل في الاحوال
الصحية مدة كل هضم فانه دخول السوائل الازلية من الامعاء في الاوعية
الشعرية المعوية يزيد في متحصل الاوردة المعوية وبذلك يكاد يحصل هذه
الاوردة ضغطاً كثوفاً فيندفع نحو الكبد بقوة تزايد وهذا الاحتقان
التواردي التسميولوجي يجاوز الحدود الطبيعية عند الاشخاص المفرطين
في الماشاء كل والمشارب ويتكرر مراراً وتطيل مدته فينشأ عنه تمدد مستمر
في الاوعية الكبدية واحتقان فيها لجميع الاحتقانات التي تترد جلة مرات
وقد ينشأ الاحتقان التواردي ثانياً عن ككون الاوعية الشعرية لهذا
العضو التي تجلبها مسدداً ونقطة ارتكاز في الحالة الصحية في جوهر الكبد
تمدد عقب استرخائه فلا يكون لها قدرة على مقاومة عود الدم الوارد اليها
كالحالة الصحية وبهذه الكيفية تحصل الاحتقانات التي تظهر عقب آفات
جرحية في الكبد وفي مجاورة الالتهابات والتولدات الجديدة في هذا العضو
ومن الجائز ان الاحتقانات الكبدية الناشئة عن الافراط في المشروبات
الروحية تنسب من هذا القبيل فانه في جميع هذه الاحوال يحصل تمهيج
في الكبد وتناقص في تماسك جوهره لان الكحول يصل الى الكبد ابتداءً
برأسية الوريد الباب يظهر أثر التأثير الاولى للمهيج متأخر وتوابع في مقاومة
جوهراة والمهيج بحيث يحصل تناقص في مقاومة هذا الجوهرة عقب تأثير
مهيج متأخر هذا التوجيه موافق للملاحظة ثبت وتواضعها عند التأمل
في تأثير الحرارة على الجدار الظاهر وهذا وان كان نظرياً الا انه مطابق بالاكتر
لدرجة التي عليها المعارف التسميولوجية والطبية الآن وثاناً الاحتقانات
الكبدية التي تشاهد بكثرة في أحوال تسمم الدم بتأثير المايسما خصوصاً
المايسما الآجامية والاحتقانات الكبدية التي تشاهد في البلاد الحارة
ومن هنا هذا الاحتقان لم يتضح الى الآن ان كان متعلقاً باسترخاء في الجوهر

الكبدى او شلل في الالباف العضلية للاوعية الالتمية بالدم او بتغير جوهرى
في جدر تلك الاوعية وغير ذلك من الاسباب (كحصول غيرها من الاحتقانات
والتغيرات الجوهرية التي تشاهد في باقى الامراض التسممية العمومية)
ومن جملة الاحتقانات الكبدية التواردية الخفيفة التوجيه الاحتمالات
الكبدية التي تظهر عند بعض النساء قبل الحيض ونشدها اشتدادا عظيما
عند انقطاعه

واما الاحتقانات الاحتباسية للكبد فهي أكثر حصولا من احتقاناته
التواردية وحيث ان الدم الذى يعود من الكبد الى الوريد الكبدى يمر من
مجموع شعري مزدوج فالضغط الواقع على جدر الاوردة الكبدية يكون
ضعيفا جدا ومن جهة اخرى الوريد الكبدى يفتح في الاجوف السفلى
في محل فيه استقراغ الدم في الحالة الطبيعية لا يكاد أدنى مقاومة بحيث
ينصب الدم بسهولة في الاجوف الاسفل ومنه في الاذين الايمن الخالى عن الدم
سيما انه عند فعل حركات الشهيق يجذب الدم نحو الصدر وهذه الشروط
الصحية المساعدة جدا لمرور الدم من الاوردة الكبدية حتى اضطربت
وكادت أدنى عائق من انصباب دم الوريد الكبدى في الاجوف الاسفل نتج
عن ذلك تجمع الدم في الكبد واحتقانه احتمالاتا احتباسيا ولا يشترط أن يكون
العائق عظيما فان الضغط الباطنى الواقع على جدر الوريد الكبدى ضعيف
جدا بحيث لا يكون له قدرة على قهر ادنى عائق

فحينئذ الامور التي يترتب عليها حصول الاحتقانات الاحتباسية في الكبد
هي اما تغيرات تعوق استقراغ الاذين الايمن واما تغيرات يما تضر انجذاب
الدم نحو الصدر فتعوق الشهيق ولذا تشاهد الاحتقانات الكبدية الاحتباسية
اولا في جميع امراض الصمامات القلبية سيما صمامات الجزء الايمن من
القاب ثم الصمام القانوسوى ثم الصمام الاورطى والتغيرات المرضية لهذه
الصمامات اذا تأخر حصول الاحتقانات الكبدية الاحتباسية فيها وتقدم
يكون متعلقا بحصول التضخم القلبية المعادلة حصولا ناسا او غير نام واستقرار
التأثير المعادل لهذه التضخمة في مناطق ولا اوقصرا

ثانياً يحصل الاحتقانات الكبدية الاحتباسية في جميع الاصابات الجوهرية

للقلب وغلافه التي تعوق استفرغ دم الاوردة العظيمة الاتية من جميع اجزاء الجسم وهذا أمر سهل التوجيه

ثالثا نتحصل الاحتقانات الاحتماسية الكبدية من ضعف حركات القلب وبطنهم بدون اصابات جوهرية مدرك فيه كما يحصل ذلك في الدور الاخير للأمراض المنهكة الحادة وفي النوبة المزمنة فان تأثير شلل القلب ابتداء بالنسبة لتوزيع الدم هو عين تأثير الاستحقالات المرضية لجوهر هذا العضو

رابعا كثيرا ما نتحصل الاحتقانات الكبدية من الأمراض الحادة والمزمنة للرئتين التي ينتج عنها ضهور الوعسة الشعرية الرئوية وانما غايتها ان ذلك يتراكم الدم في القلب الايمن والاحفوف السفلى كالانقباض الرئوية والالتهاب الرئوي الخلاق وانضغاط الرئة بواسطة الانسكابات البليدوروية ونحو ذلك

خامسا قد تنشأ الاحتقانات الكبدية الاحتماسية عن انضغاط الوريد الاحفوف بواسطة أورام الاسما بواسطة أنور زما الاورطي
(الصقات التشريحية)

الكبد يختلف اتساعه على حسب درجة الاحتقانات وهذا الانتفاخ قد يصل الى درجة عظيمة جدا ولا يتغير شكله في هذا المرض وانما ترايد الحجم يحصل بالاكثر على حسب قطر سمكه لا طوله ومتى كان الانتفاخ عظيما جدا صار غلاف الكبد أملس لماعا متوتراتوتر اعظما وازدادت مقاومة الكبد وعند شقه بالمشرط مثلا يميل الدم من سطح الشق بكمية عظيمة وسطح الشق اما ان يظهر ملونا بلون اسمر داكن او يكون مبقعا كما يكون في الاحتقانات الاحتماسية المزمنة وفي هذه الحالة الاخيرة توجد اصفرادات لون اسمر داكن وهي عبارة عن الاوردة المركزية المتددة وابتداء آت الاوردة الكبدية وهذه الاصفرات تكون اشكالا مختلفة على حسب اتجاه الشق وتبين هذه الاصفرات عن اصفرات أخرى أقل دموية وود كثة وهي عبارة عن انفا آت او عيسة الوريد الباب وهذه الهيمية المبقعة التي كانت سببا في تسمية هيمية الكبد هذه بالهيمية الجوزية للكبد اي الشبيهة بجوز الطيب بعد شقه تكون

كثيرة الوضوح متى كانت الاصفار القليلة الدم المحيطة بالاوردة المركزية
المتعددة ذات لون كثير الاصفرار بسبب احتباس الصفراء فيها واحتباسها
في مثل هذه الاحوال اما ان يكون متعلقا بحالة نزلية في المسالك الصفراوية
فانجبة عن احتقان الغشاء المخاطي لهذه القنوات او بعائق في استتقارغ
الصفراء ناتج عن ضغط الاوعية الصغيرة المتعددة على القنوات الصفراوية
او عن حالة التماسية نزلية في الغشاء المخاطي الاثنى عشرى فانتجبة عن نفس
الاسباب التي احدثت احتقان الكبد

ثم ان الكبد الذي يكون حجمه ابتداء متزايدا يمكن ان يتناقص بالتدريج شيئا
شيئا ويكتسب هيئة حبيبية بحيث يمكن اختلاطه عند البحث بمجرد النظر
بالكبد الحبيبي وشكل هذا الضور الكبدى يسمى شكل الضور الكبدى
الجوزى وكل من الضور والهيئة الحبيبية للكبد ينشأ كما قاله (نيركس)
من قندا الاوردة المركزية للفصيصات الكبدية والاعوية الشعرية المتفرعة
بها تداينشأ عن الضغط العظيم الواقع على باطنها من احتباس الدم فيها
فيحدث من ذلك ضور في الخلايا الكبدية الكائنة في الهالات التي بين تفرعاتها
وعند ضور هذه الخلايا يحل محلها منسوج رخو كثير الدم متكون من اوعية
شعرية متعددة ومن منسوج خلوى جديد التكوين وهذا التوجيه ليس
أكبدا وبالاقل انه غير تام فانه بحلول منسوج خلوى جديد ووعية شعرية
متعددة محل الخلايا الكبدية لا يمكن ان يصغر حجم الكبد فصغر الكبد لا يطرأ
ولا بد لاقب انكماش المنسوج الخلوى الجديد التكوين بحيث يصير
حجمه صغيرا جدا والظاهر كما قاله (ليبرميستر) أن تكون جوهر خلوى حول
الاوردة المركزية في الاحتقانات الاحتباسية لكبد مبنى على نظريات فرضية
لا على مشاهدات لا واسطية بل هذا المعلوم وجد في شكل ضور الكبد الجوزى
ان غموا الجوهر الخلوى يحصل حول الاوردة بين الفصيصات كما يحصل ذلك في
سيروز الكبد ويؤدى احيانا الى تكون جوهر خلوى بين الفصيصات
الكبدية تكون ارضاها الاوجدها طمقا في كبد الاشخاص السليمين

(الاعراض والسير)

احتقان الكبد ليس له علامات محسوسة للمريض ولا مدركة للطبيب مادام

قلب لا وحجم هذا العضو ليس متزايداً تزايداً واضحاً ومتى انتفخ الكبد انتفاخاً
 عظيماً فالمرضى يحس بامتلاء عظيم في المراق الايمن وهذا الاحساس كثير
 ما يتزايد بحيث يشبه الاحساس بالتوتر المتعب الذي يجتهد من هذا المراق الى
 جميع محيط القسم العلوى من البطن والضغط الذي يحس به في المراق الايمن
 او الاحساس يشبهه منطقة صلبة محيطة بالجسم وضيق التنفس هما
 العلامتان اللتان يشكو بهما في الغالب الاشخاص المصابون بمرض في
 القلب كما ان مكابدة المصابين بالانقباض الرئوية او سيرة الرئة والاحديدا
 يحصل فيما تاكل عظيم متى ازداد حجم الكبد واحتمل والمرضى المصابون
 باحتقان الكبد وانفاخه لا يتكاملون الملابس الضيقة عند زيادته لانه يمنع
 الشهييق العميق ومتى انضم الى الاحتقان الكبدي احتباس خفيف في
 الصفر ابلالاً باب الموضحة فيما سبق فتج عن ذلك يرقان خفيف وحيث ان
 لون الجلد عند هؤلاء المرضى يكون على العموم من دقا (سيانوزيا) بسبب
 عوق استعراغ الدم الوريدي بشاهد ظهور وتلون مخضر واصف لهؤلاء
 المصابين بامراض في القلب قبل الموت بقليل ولا ينضم للاعراض المذكورة
 والعلامات الطيعة المعلمة بتزايد حجم الكبد وظواهر مخصوصة تعلن
 باضطراب وظيفة هذا العضو اما الاحتقان بسيطاً وبقطع النظر عن كون
 ازدياد افراز الصفر او نقصه الخفيفين لا يمكن معرفتهما مدة الحياة لم يكن
 (فريركس) لتحقق من ذلك في جثة الهالكين بالاحتقانات الاحتباسية
 الكبديّة العظيمة وانما وجد هذا الشهييق احياناً ان الصفر محتوية على مواد
 زلالية والرضى المصابة باحتقانات كبديّة يكادون يشكون على الدوام
 باعراض أخرى فيعتبرهم ألام في الرأس واضطراب في الهضم وعدم انتظام
 في التبرز وبواسير ونحو ذلك وهذه المكابدة ليست نتيجة للاحتقان
 الكبدي فاما ان لا تكون متعلقة به بالكلية او انها متعلقة بالسبب الذي
 ينتج عنه احتقان الكبد وهو الغالب ومن المعلوم ان امراض القلب لا ينتج
 عنها فقط احتقان الكبد بل ينتج عنها أيضاً النزلة المعديّة والمهوية وكذا
 الافراط من الماء كل ينتج عنه أيضاً كل من هذين المرضين بل كثيراً ما تظهر
 النزلة المعديّة المعوية قبل الاحتقان الكبدي ويظهر أنه يحصل عكس ذلك

في الاحتقانات الكبدية التي تحصل بكثرة في البلاد الحارة جدا بتأثير السم
الاجامى غالباً فان هذه الاحتقانات تبدى باضطراب عومى عظيم جداً او
آلام شديدة في الرأس واستفراغات صفراوية غزيرة بالقيء والاسهال وبخروج
مواد مخاطية مدممة غالباً بحركة التسبب زالا أن مجموع اعراض هذه الاحوال
المرضية غير المعروفة لنا بالدقة يدل على ان الاحتقان هنا ليس مجرد احتقان
بسيط بل انه يوجب دمه افرار مرضى في الكبد غير متعلق باحتقانه او ابتداء
تغير مادي ثقیل في الكبد لا يندران يمتد فيما بعد والظاهر أن الاحتقان
الكبدى في مثل هذه الاحوال المرضية ليس الاظاهرة من جهلة ظواهر
اصابة مرضية مصيبة لجميع الاحشاء البطنية خصوصاً القناة الهضمية وهذه
الاصابة توجه الاضطراب العام وغيره من الاعراض المذكورة سابقاً أكثر
من توجهها بالاحتقان الكبدى

وبالبحث الطبيعى يعرف بسهولة ازدياد حجم الكبد متى وصل الاحتقان الى
درجة عظيمة الشدة وحيث ان العلامات الطبيعية الدالة على ازدياد حجم
الكبد أول ما ستذكر هنا وجب علينا بيان بعض أمور قبل ذكرها
فنعول

لاجل الاستدلال على تزايد حجم الكبد يبحث عنه اولاً بالنظر ثم بالجلس ثم
القرع

فبالبحث بالنظر يوجب عند انتفاخ هذا العضو انتفاخاً عظيماً بروى المراق
الايمن ممتداً جهة اليسار ويمتد محتقياً تدريجاً جهة الاسفل ونصف الصدر
الايمن الذى يزيد في الحالة الطبيعية عن النصف اليسار بنصف قيراط الى قيراط
يكون كثير التمدد في جزئه السفلى والاضلاع السفلى يمكن ان تنسفع الى
الخارج بالكبد المتزايد الحجم وتقتارب من بعضها وحافتها السفلى تنسفع الى
الامام

والجلس يتعسر بالكلى بانقباض عضلات البطن الذى يحصل عند عدم التأنى
والدقة في البحث فان بعض اطباء الغريب المتربين يظنون وجود اورام في
الكبد عند الجلوس بسبب انقباض بعض أجزاء العضلة المستقيمة البطنية
المحدودة بالتدوير الوترية ولذا لا ينبغي البحث بالجلس عن المراق الايمن والمرىض

جالس أو واقف بل ينبغي استلقاؤه على ظهره وتقرىب الفخذين من الخوض قليلا كما أنه يؤمر المريض بالتنفس بكيفية منتظمة وصرف فكره عن البحث بالاستئالة من الطبيب وفي كثير من أحوال انتفاخ الكبد الذي يعرف أكيدا بالقرع وان وجد فيه بالجلس مقاومة عظيمة في المراق الايمن لا يمكن معرفة حافة الكبد معرفة تامة وذلك يحصل عندما تكون مقاومة الكبد المنتفخ غير متزايدة خصوصا عندما تكون متناقصة وفي أحوال أخرى وهي التي يكون الكبد فيها متزايدا في المقاومة والانتفاخ فالجلس فيه لا يدل على درجة عظم حجم هذا العضو فقط بل وعلى شكل حافته وسطحه أيضا

وأما القرع فهو الواسطة الطبيعية المهمة جدا في معرفة انتفاخ الكبد ولاجل تحديد الحد العلوى من الكبد لا يرتكن الى صوت القرع القليل الاصبية الذي يشاهد في الاصفار التي توجد فيها طبقة رقيقة من الرتبة بين الكبد وجر الصدر بل يرتكز الى الصوت الاصم التام الذي يسمع في الاصفار التي فيها يلامس الكبد جدر الصدر ومباشرة فحينئذ متى ذكر الحد العلوى من الكبد فالمراد منه حد الاصبية التامة لصوت القرع وهذا الحد لا يعطى الصفر الا كثر ارتقاها من الكبد الى نحو ثلاثة ستمتبرات ويكون في الأحوال الطبيعية أسفل حافة الضلع السادس في الخط الشدي ويسقط الى الضلع السابع عند الشهيق العميق ثم يصعد الى الضلع الخامس في الزفير التام وفي الخط الابطى يكون هذا الحد في محاذاة الضلع الثامن وأما بقرب العمود الفقري فيكون في موازاة الضلع الحادى عشر وفي الخط المتوسط من البطن لا يمكن تحديد هذا الحد الكائن في موازاة مصل المعلقة الخنجرية مع القص تحديد تاما لان اصبية الكبد تختلط في هذا الصفر باصبية القلب وأما الحد السفلى للكبد فانه في الأحوال الطبيعية في الخط الشدي يصل الى الحافة السفلى من قوس الضلع الاخير أو أسفل من ذلك بقليل وفي الخط الابطى يكون أعلى الضلع الحادى عشر وأما في الخط المتوسط فانه يوجد وسط المسافة الكائنة بين المعلقة الخنجرية والسرة ومن الخلف أى بجوار العمود الفقري لا يمكن تحديد هذا الحد مع التأكيد وعند النساء والاطفال يكون هذا الحد أسفل حافة الضلع بقليل بسبب قصر صدرهم وكل من الحافة

الحادة للكبد المجاوزة قوس الاضلاع ببعض ستمتيرات والقص اليسارى من
الكبد لا يحدث اصمية واضحة في صوت القرع متى كان الكبد غير متسكاتف
والبعد الكائن بين الحد العلوى وحده السفلى في الخط الندي ٩ ستمتيرات
و ٥ ملليمترات وفي الخط الابطى ٩ ستمتيرات و ٣٦ ملليمترا وفي الخط
القصي ٥ ستمتيرات و ٨٢ ملليمترا وذلك بحسب القياسات التي فعلها
المعلم (فريركس) في ٤٩ شخصا من سن ٢٠ الى ٤٠ سنة وعنى عظم حجم
الكبد صا وصوت القرع في المراق الايمن والقسم الشراسبي أصم في امتداد
عظيم وهذه الاصمية تصير قليلة الوضوح أو تزول بالكسابة بالنزول من حافة
الكبد وينبغي معرفة هذه الظاهرة حتى لا يعلم ان الكبد اصغر حجم مما هو
عليه في الحقيقة ولا ينبغي تشخيص اتفاخ الكبد وازدياد حجمه من الاصمية
الامتدة في المراق الايمن الا من بعد التيقن من عدم اندفاع هذا العضو الى
أسفل وقد ذكرنا فيما تقدم الامور المهمة التي ينبغي عليها التشخيص التمييزي
بين عظم حجم الكبد واندفاعه وزيادته على ذلك فالكبد قد يلامس جدار البطن
في امتداد عظيم بدون ان يعظم حجمه وذلك بان يسقط ويميل الى اسفل
اما لضغط يقع على الجزء السفلى من تجويف الصدر او باسترخاء في جوفه
كما قاله (فريركس) او بان يكون ذا شكل غير طبيعي وأكثر الاشكال غير
الطبيعية حصولا ما يشاهد عند النساء بسبب الهصر الشديد للاباس
ولاسيما بالاربطة القوية لابسهن فان الكبد بهذا الضغط المستقر الواقع
عليه يحصل فيه تفرطح عظيم جدا وقد يحدث تجاوز حافة الاضلاع بحجملة
اصابع بدون ان يعظم حجمه بل ربما يصل في أحوال نادرة الى العرف الحرقفي
وينبغي الالتفات الى تغير وضع الكبد وشكله حتى يمكن التحقق من نتيجة
البحث بالعلامات الطبيعية

واما اتفاخ الكبد الاحتمالي فمن النادر الحكم به بمجرد النظر وبالقرع
توجد اصمية عظيمة تمتد من المراق الايمن الى المراق الايسر بسبب ازدياد
سموك الكبد وامتد ايضا من أعلى الى أسفل بحيث تصل أحيانا الى السرة
وبالجلس يحس بحافة الكبد احساسا واضحا بسبب ازدياد مقاومته ولا يوجد
في هذا الشكل الاحتمالي ادنى تغير في شكل الكبد وملاسة سطحه ومن

الامور المشخصة لاحتمال الكبد السهلة التوجيه هو تزايد حجمه وتناقصه
 بسرعة أكثر منه في جميع اتفاحاته
 ومن المستغرب ان الصفة المرضية للضهور والجوزي من الكبد لم يلتفت
 اليها حق الالتفات الا في العصر الاخير خصوصا من المعلم (لبيريستر)
 والظواهر الخاصة بهذه الصفة المرضية يمكن ايضا بها عبارة موجزة وهي
 ان المرضى تكون مصابة بمرض في القلب وانفذين عارثوية او غيرهما من
 الامراض الرئوية التي بها يفاق انصباب الدم في القلب الايمن ويكون هذا
 العائق الدوري قد أدى عندهم لانتفاخ في الكبد وسيلان في رواسه شفاء عام
 وتكون الظواهر الاستسقاءية كما هو العادة في امراض القلب والرئتين
 مبتدئة بالاطراف السفلى ثم تمتد الى التجاويف المصلية وعند التقدم في السير
 يكون قد اعترى الحالة المرضية تغير بحيث يظهر ان الاستسقاء الرقي اوضح
 من الاستسقاء العام وانه يستمر حتى أمكن شفاء ما عدا من ظواهر الاستسقاء
 العام مدة من الزمن بالوسائط العلاجية اللائقة وعند البحث عن الكبد
 يوجد انه متناقص في الحجم بالنسبة لما كان عليه وأن حافته السفلى أكثر
 ارتفاعا بدرجة له أصابع عما كانت عليه قبل بعض اسابيع او اشهر
 ولا يندر أن يصل الاستسقاء الرقي الى درجة عظيمة جدا مع بقاء الاستسقاء
 العام في غلى حالة مناسبة بحيث يلجأ الى فعل البزل وفي الاحوال التي
 شاهدناها و كان فيها عند وجود امراض في القلب والرئتين عدم تناسب
 بين الاستسقاء الرقي والعمومي مع تناقص واضح في انتفاخ الكبد وفيها يمكن
 تشخيص الضهور الجوزي للكبد لم نجد تزايد في حجم الطحال وتوجيه هذه
 الظواهر عند التأمل بالدقة لهذا الضهور ليس فيه صعوبة فان الجوهر
 الخلو من الكبد المتكسب يضغط على الاوعية فيسبب ان الدم من الاوردة
 البريتونية يكون حينئذ معوقا بكيفية مزدوجة اعني باقعة القلب
 أو الرئتين او بانضغاط اوعية الكبد انما عدم عظم حجم الطحال يظهر أنه
 مخالف لما هو الواقع في مثل هذه الاحوال فانه بانضغاط الاوعية الكبدية
 يكون استنفراغ دم الطحال معوقا وحين كان يوجد في سيرور الكبد الذي
 يكون فيه أحوال مشابهة لهذه يكاد يوجد الطحال متددا على الدوام وعظم

حجمه فيب عادة لاحتباس الدم في الوريد الطحالي وسأترككم عند الكلام
على سيروز الكبد واحتقان الطحال على هذا الامر المتشافي بحسب
الظاهر

(المعالجة)

دلالة المعالجة السيسية تستدعي استبعاد الامور التي تساعد على حصول توارد
الدم نحو الكبد وأحتباسه فيه فلاحتمقانات التواردية الكبدية الناتجة
عن الافراط من المأكول والمشرب تستدعي تدبير اغذية لطيفة والناتجة عن
الافراط من المشروبات الكحولية تستدعي منع تعاطي المشروبات المذكورة
بالكلية ومن بجهة المعالجة السيسية تغيير الهواء بالانتقال من اقليم الى آخر
للأشخاص القاطنين في البلاد الحارة او المشهورة بالميازما الالاجامية متى
حصل لهؤلاء الأشخاص احتقانات كبدية متكررة وعند ظهور احتقانات
تواردية نحو الكبد قبل حصول الطمث عند النساء او متى لم يظهر الطمث في
الوقت المعتاد فينبذ تستدعي المعالجة السيسية وضع العلق على عنق الرحم
او المحاجم التشرطية على الوجه الانسي من الفخذين واما في الاحتقانات
الكبدية الاحتمباسية فالغالب انه لا يمكننا انعام ما تستدعيه المعالجة
السيسية وان امكننا انعام ذلك فالغالب ان الذي تقاوم به المعالجة يفعل
بقصد اضطرابات اخرى دون الاحتقان الكبدى فالتاثير اجريتا فاعل القصد
مثلا في الالتهاب الرئوى واحدا ثانيا ذلك لطيفة في الاحتقان الكبدى فلا
يكون هذا المرض الاخير هو الذى استدعى القصد بل الذى استدعاه
الاحتقان الاحتمباسى في الدماغ او غيره من الاسباب

واما دلالة معالجة المرض نفسه فيستعمل فيها كثيرا ارسال العلق على قسم
الكبد لكن هذه الطريقة ليست عقلية وقليلة التأثير وقد اجاد المعلم
(هينوخ) حيث قال ان وضع العلق على القسم الشراسيين في مثل هذه
الاحوال كوضعه على قبضة يد او مفصل قدم بل ينبغي وضع العلق حول
السفرة متى كانت اعراض الاحتقان الكبدى مشتدة وواضحة فان ارسال
العلق على هذا الصغر يجذب الدم من الاوعية الممتلئة بمجذور الوريد الباب
وبذلك يخفف الضغط الواقع على جدار الاوعية فيتناقص وروده نحو الكبد

والمسيلات الطليقة خصوصاً الاملاح المتعادلة لها تأثير مماثل لذلك فانها تحدث استغراق الاوردة المعوية بسبب جذب كمية عظيمة من السائل منها فيضعف الضغط الباطن الواقع على جدار الوريد الباب والمرضى المصابون باحتقانان كبديين اعتيادية ينتج عندهم استعمال المعالجات مخصوصة بالمياه المعدنية كياه اومبرغ وكسجين وماريه باد فان الاملاح التي تدخل في باطن الجسم في هذه البناء يمكن تحمل تأثيرها بدون ضرر فمناطويلا

(في التهابات الكبد)

لأجل سهولة دراسة التهابات الكبد يميز لها خمسة أشكال ونشرح كلأعلى حدته مفصلاً فيقول اما الشكل الاول فيحصل فيه الاضطراب الغداني الالتهابي في الحويصلات الكبدية نفسها وهذا الشكل يسمى بالالتهاب الكبدي الجوهرى والتقيحي بسبب سهولة انتهائه بتكون الخراجات الكبدية وأما الشكل الثانى فيصيب فيه الالتهاب المنسوج الخلوى القليل الذى يمتد من محفظة جاسون الى باطن الكبد مع الاوعية الدموية ونتيجة هذا الالتهاب غزو المنسوج الخلوى ثم انقباضه انقباضاً دائماً فيما بعد ويسمى هذا الشكل بالالتهاب الكبدي الخلوى وعند انتهائه بالانكماش يسمى بسيروز الكبد وأما الشكل الثالث ففيه يحصل من جهة فساد محدود في الجوهر الكبدي ومن جهة أخرى غزو المنسوج الخلوى حول الاجزاء المتسدة وهذا الشكل يسمى بالالتهاب الكبدي الزهري نظراً لاسبابه الاصلى وأما الشكل الرابع ففيه يكون الالتهاب (أقله في الابتداء) قاصراً على جدار الوريد الباب فيسمى بالالتهاب الكبدي الوريدي الباب وأما الشكل الخامس فهو الذى يسميه الآن اغلب اطباء الضمور الحاد للكبد وهو مرض فيه يحصل تضخم بين الاخيلية الكبدية ينتج عنه ظهور هذا العضو في أقرب وقت ويصطبغ بقران كثير الشدة ولا تسكلم على هذا الشكل الخامس الا بعد العثور على معرفة غيره من أمراض الكبد التي تصطبغ بالقران وتكون سهلة المعرفة

(المبحث الثانى)

(في الالتهاب الكبدي الجوهرى أو التقيحي)

(كيفية الظهور والاسباب)

التغيرات التي تحصل في هذا الشكل تصيب الاخاية الكبدية تبعاً للمعلم (ورجوف) فانما تنفتح في الابتداء وتنضج فيها مادة زلالية ثم تتلاشى هذه الاخلية فيما بعد فينتج عن ذلك تلاش أيضاً في جوهر الكبد وبذلك يظهر مسافات خالية مملئة ببقايا المنسوج الكبدى المتلاشى وأما (ليبرمستر) فانه يقول ان التغير المرضي في هذا الالتهاب يبتدى من المنسوج بين الخلايا وأن تلاشى الخلايا الكبدية أمر ثانوى ثم ان أسباب هذا الالتهاب ليست واضحة بالكلية وهو مرض نادر الحصول في البلاد المعتمدلة ويشاهد بكثرة في المناطق الحارة كالهند الا أنه بولغ في كثرة وجوده هناك وما يعد من الاسباب المقتمة لهذا المرض

اولاً خروج الكبد ورضه لكن ذلك نادر الحصول فان (بود) لم يجد هذا السبب المرضي في ستين حالة شاهدها وجميعها الامرة واحدة ثانياً وقوف التجمعات الحصوية ذات الزوايا في المسالك الصغرى وية وهذا نادر أيضاً

ثالثاً وجود تقرحات وتغيرات غنغريمية في الاحشاء البطنية فكثيراً ما شوهد ضاعفة هذا المرض للقروح المعدية والمعووية وقروح الحويصلات المرارية كما انه قد شوهد حصول الالتهاب الكبدى التقيحي عقب عملية الفتق المختنق او عمليات جراحية أخرى في المستقيم وفي جميع هذه الاحوال يغلب على الظن ان هذا المرض حاصل بواسطة السدد السيارة من فروع الوريد الباب او انتقال جواهر أخرى مهيجة مضرّة الى الكبد بواسطة دم الوريد الباب وان لم يمكن اقامة البرهان القطعي المثبت لذلك مع التأكيد الى الآن وان كان المعلم (بود) كغيره من المؤلفين ينسب هذا الالتهاب الكبدى في البلاد الحارة جداً كرومن المعلوم انه ينسب حصول هذا المرض حصولاً اولياً بل الغالب ان يكون حصوله تابعياً للدوسنتاريا المتسارطة تسلطاً موضعياً في البلاد الحارة جداً لكن لم يثبت ثبوتاً كلياً في هذا الشكل الاخير أن التهاب الكبد ناتج عن مرور جراثيم متغفرة من الغشاء المخاطي المعوى والسائل العفن للمهي في باطن الكبد بواسطة

الوريد الباب كما انه لم يثبت أيضا ان الدوسنطاريا هي السبب الوحيد للالتهاب الكبدى في البلاد الحارة بل عدم مضاعفة الالتهاب الكبدى للدوسنطاريا الوبائية في البلاد الباردة ولو انى يوجد فيها تغرعة في الغشاء المخاطى وفساد في محصل الامعاء من الامور التى تظهر أنها تنافى رأى المعلم (بود) وغيره

رابعا يعزى من الاسباب المنتمية للالتهاب الكبدى الجوهرى الآفات الجرحية والتغريفية والسدد والالتهابات الوريدية للأجزاء الدائرية للجسم وفى توجيه هذا الشكل الذى يسمى بالالتهاب الكبدى الانتقالي بعض عسر توجيه الشكل السابق وظهور خراجات انتقالية في الكبد عقب تقرحات تغريفية دائرية تلجنا الى الظن بان السدد الدموية (تعا) لما ذكرناه فى الآفات الانتقالية للرئة) تانى وتسدد فريعات الشريان الكبدى بعد المرو من الاوعية الشعرية الرئوية ويغيب لنا ذكره هذا الشكل والتنبية على عسر توجيهه والسفبا تباين الرأس والكبد التى قيل بها كثيرا فى الزمن السابق ينبغى الآن توجيهها بان جروح الرأس النافذة الى جوهر العظم تحدث بسهولة عظيمة تغيرات انتقالية فى أعضاء أخرى خصوصا الكبد

* (الصفات التفسيرية) *

الالتهاب الكبدى الجوهرى لا يكون مطاوعة متقشرا فى عوم جوهر الكبد بل يظهر على الدوام على هيئة توراة منعزلة تكون نارة عظيمة ونارة صغيرة وكثيرا ما لا يوجد منها الا بورة واحدة وفى بعض الاحوال يوجد الكبد موشها يورات عديدة ومن النادر اماكن البحث التشرىحي عن الكبد وهو فى الدور الابتدائى من هذا الالتهاب فوصف الاجزاء الملتبسة حينئذ بانها ذات لون محمردا كن ذات مقسومة وبروز قليل عن سطح الكبد المحتقن مأخوذة يقينا من المقارنة بالتهاب أعضاء أخرى لامن المشاهدات وتوجد فى ابتداء الالتهاب الكبدى وسط الكبد المحتقن اصفار متغيرة اللون مصفرة رخوة قلنس بانخرجات الكبدية متى كانت بقرب السطح الظاهر من الكبد وقد شاهد المعلم (ورجوف) فى هذه المواضع المتغيرة بالمكسوكوب ان خلايا

الكبد تظهر كابية او شفافة حميرية وعدد هامتناقص ومتشربين الخسلايا
الكبدية السليمة مادة مائية ذات حبيبات رقيقة جدا وأكثرون ذلك حصولا
عدم امكان البحث عن الالتهاب الكبدى التقيحى في دور يكون أكثر
تقدما فيوجد فيه حينئذ خراجات كجسم حصاة او بيضة الدجاجة ومتى
اختلطت هذه الخراجات ببعضها وتقدم تقحج الكبد نتج عن ذلك بورات
عظيمة غير منتظمة متعرجة يمكن ان تكثب امتدادا عظيما جدا وهذه
البورات تكون مخاطبة بنسوج كبدى كاب آخذ في التلاشي والاضمحلال
ومحتوية على صديد قشطي كثيرا ما يكون مخضرا بواسطة اختلاطه
بالصفراء

وخراجات الكبد يمكن أن تكون ثاقبة متى امتد التمثك الى السطح الظاهر
والتشعب اما ان يحصل في تجويف البطن او في جداره اذا تكون التصاق
كاف بينه وبين الكبد وفي أحوال أخرى قد ينصب الصديد في تجويف
البليورا وذلك اذا التصق الكبد بالجابج الحاجر وقد شوهد أحوال نادرة
فيما قد يفتح خراج الكبد اما في السامورا وفي المعدة او في الامعاء او
الحويصلة المرارية بل وفي الوريد الباب والاجوف السفلى

وفي الاحوال الحميدة التي فيها يعيش المريض بعد انفتاح الخراج الكبدى
يمكن ان تقارب جدار الخراج لبعضها ثم يتكون منسوج خلوى ندى فشا
عنه فيما بعد أثره النمام صلبة تحتوى في الغالب على مواد صديدية متكاثفة
او مستحلبة الى مادة طباشيرية بل وفي بعض الاحوال التي فيها لا يحصل تمقب
يمكن ان يتكون في جدار الخراج وحوله نمو خلوى عند استئصاله مدته فيصير
سطحه الباطن اماس ويتكيس الصديد ويتكاثف شيئا فشيئا بامتصاص
أجزائه السائلة وبانكماش المنسوج الخلوى المحيط بالخراج يمكن ان يتناقص
حجمه شيئا فشيئا ولا يبقى الا منسوج ندى صلب مخنوع على مادة طباشيرية

* (الاعراض والسير) *

الشرح البسيط الذى يذكر في الالتهاب الكبدى التقيحى لا يوافق غالبا
الا الالتهاب الكبدى الجرحى او الناجم عن احتباس الحصوات الصفراوية
كما نبه على ذلك المعلم (بود) مع ان هذين الشكليين اندر من غيرهما حصولا كما

ذكرناه اذ من المعلوم انه متى حصل ألم شديد في الكبد عقب رض على قسم
هذا العضو او مؤثر شديد آخر وانفتح الكبد وصار مجاساً لآلام شديدة
واضطرب مجموع هذه الاعراض بحسب قوة واضطراب بنى ثقبيل كان
تشخيص هذا المرض سهلاً

وبعكس ذلك متى ضاعف التهاب الكبد تغيرات مرضية تذكر زينة كما اذا
طرا هذا الالتهاب على الدوسنطارياً وعقب تفرحات دائرية او جروح الرأس
او عمليات جراحية والملاحظات الاكلينيكية العديدة التي ذكرها كل من
بود واندراى عبارة عن مجموع احوال فيها لم يعرف خراج الكبد المتكون
بهذه الكيفية بالكلية أو لم يستدل عليه الا فيما بعد ويغنى الظن بطرق
التهاب الكبدى عند وجود التفرحات المعوية المزمنة والالتهاب الاعورى
الدائرى وما لهما من التغيرات المرضية وعقب بعض العمليات الجراحية
المفعولة في المستقيم والباطن متى أحس المريض بقشعريرات وانفتح الكبد
وصار مؤلماً وانضم لذلك برقان لكن لم يعرض من هذه الاعراض قار
الوجود فان الاحوال التي فيها تفقد الطوارىء الموضعية لرض الكبد عند
وجود تغيرات انتقالية آتية من فحوا الاعضاء البطنية تكون كثيرة المصروا
كاحوال التغيرات الانتقالية للرئين التي تفسر بدون ان يفتح عنها آلام في
الصدر ونفث مدم وكذا كل من القشعريرة والحصى يمكن ان يكون علامة
على مرض آخر غير الالتهاب الكبدى التالى فلا ينبغي اعتباره ما ذكره علامة
أكيدة قاصرة على هذا المرض ومن العسر معرفة طرق والتهاب الكبدى
على الدوسنطارياً الوطنية فانه في هذا المرض الاخيرة لا يدرأ ان يكون الكب
منفتحاً مؤلماً بدون ان يكون مجلس التغيرات التهايمية والحصى في هذه الحالة
لا تدل على شئ فان الدوسنطارياً في هذا المرض يصطبغ بحسب البرقان
يفقد في كثير من الاحوال وان وجد في احوال أخرى فلا يكون علامة
أكيدة دالة على التهاب الكبد أو كثر الالتهابات الكبدية عسراً في التشخيص
تشخيص الالتهاب الكبدى التقصى الذي يظهر عند وجود التفرحات
الدائرية والعمليات الجراحية ولا يكون في هذه الاحوال الاظاهرة من
ظواهر المرض المعروف بالتسمم الصديدي للدم اذ في مثل هذه الاحوال

لا تستكي المرضى التي تكون مضطربة الدماغ وفي الخطاط عظيم بالام في
قسم الكبد كما ان كلام من القشعريرة والحى الشديدة بل واليرقان مهما كثر
وضوحه لا يدل دلالة أكيدة على اصابة الكبد وان انضم الى ما تقدم ان
ازدياد حجم الخراجات الكبدية التي تتكون في الامراض السابق ذكرها
يكاد يحصل على الدوام ببطء بدون ان ينتج عنه أعراض واضحة كان من
الواضح انه كثيرا ما لا يظن او يتحقق من ان تلك التغيرات المرضية كانت
مرتبطة بالتهاب كبدي الا بعد زمن طويل بسبب الخفاة المستمرة وغيرها من
مجموع الاعراض التي ستذكر فيما بعد

ثم ان الصفة المرضية الناتجة عن خراجات الكبد لا اخذت في الازدياد شيئا
فشيئا تختلف اختلافا عظيما فيكاد يوجد في الغالب ألم اصم في المراق الايمن
يتزايد بالضغط عليه وقد ينضم لذلك ألم مخصوص سببا توى في الكتف الايمن
وكل من كثرة حصول هذا الألم وأهميته في التشخيص قد يولغ فيه في الرمن
السابق ويكاد يجاوز الكبد على الدوام حافة الاضلاع الكاذبة وفي الاحوال
التي فيها تكون الخراجات الكبدية عظيمة متعددة والتي فيها يكون احتقان
هذا العضو واصلا لدرجة عظيمة يمكن ان الكبد المتضاعف بحجمه يمدد
الجهة اليمنى من الصدر ويبرز في المراق الايمن ويسقط الى أسفل في البطن
ومق كان يجلس الخراج في السطح المحذب للكبد وارتفع عن موازاته
وجداد احيا نا بالجلوس بوزنات محدبة قلبا بل يمكن ان يحس فيه بالقوج
واليرقان ليس من الاعراض الملازمة للخراجات الكبدية بل يفقد في معظم
الاحوال فان احتباس الصفراء وامتصاصها المتعاقب بهما وجود اليرقان
يكونان اما نتيجة انضغاط القنوات الصفراوية وانسدادها بالكلية بواسطة
تعددات زلايلة اوليفية

والخراجات الكبدية العظيمة يمكن ان ينتج عن انضغاط فروع الوريد الباب
بل والخراجات المتكونة في السطح المقعر لهذا العضو يمكن ان تضغط على
جذع الوريد نفسه وكثيرا ما يوجد في مثل هذه الاحوال خلاف اليرقان
السابق ذكرها انتفاخ في الطحال وضخ مصلى في البريتون ومادامت
الخراجات الكبدية صغيرة الحجم فالخلى التي تصحبها لا تكون شديدة غالبا بل

كثيرا ما تنقبض الكلية وفي انشاء هذه المدة يكون اضطراب الحالة العامة للمريض قلبه الا وتبقى قوى المرضى ويظهر انهم متمتعون بصحة مناسبة في الظاهر جملة سنين لسكن متى ازداد حجم الخراجات الكبدية وصار عظيمها اشتدت الحصى وحصلت قشعريات زمننا فزمننا كما يشاهد في غير ذلك من التقيحات المزمنة وتخط قوى المرضى وينتسكون في تلك اغلبهم في هذه الحالة باعراض الاستسقاء وهذا ما يسمى بالسل الكبدى

ومتى انتقب خراج الكبد وانفتح في تجويف البطن نتج عن ذلك التهاب بري تونى يخافى به لك المريض في اقرب وقت واذا حصل التصاق بين الكبد والجدار المقدمه للبطن شوهدا ولا ارتشاحها ارتشاحا وذيما وبيا يصير فيما بعد التهابا والتوج الذى كان قبل ذلك قليل الوضوح يصير بذلك سطحيا ويظهر في جدار البطن ويرداد شيئا فشيئا الى ان يثقبها فيمتنخ الخراج واما اذا حصل التثقيب في الحجاب الحاجز فيشاهد اما ظهور علامات التهاب البلعور او خروج نكت وهو الغالب من مواد صديدية ذات لون احمر داكن او صمغ وذلك بسبب كثرة التصاق وريقى البلعور ببعضها ومنظر هذا النكت بانقراده كثيرا ما يكفي في تشخيص خراجات الكبد واما اذا حصل التثقيب في التامور فينتج عن ذلك التهاب تامورى قتال بسرعة واما اذا حصل التثقيب في المعدة فيشاهد خروج مواد صديدية بالقيء باللون السابق ذكره واما عند حصول التثقيب في الامعاء فيشاهد فيه امهال صديدي ومتى خرج الصديد في فتحة جدار البطن او انقذف الى الخارج من المعدة او الامعاء او الشعب احسنت المرضى حال الراحة وتحسين عظيم لكن هذا التحسين لا يستمر ولا يبقى الا في الاحوال النادرة التى تكون فيها الخراجات الكبدية ذات امتداد قليل وكان استمرارها زمننا قليلا واما في اغلب الاحوال فيستمر الاقرا الصديدي وتم لك المرضى من استمرار القيح عقب زمن كثير الطول او قليلا واما الانتهاء بالشفاء عقب تكيس الخراج وتنساقص منه تنساقصا تدرى جميعا مع تساقص متحصلة فيعتمد من النواذر ويندر اتباع سير هذا الانتهاء الجيد مع التاكيد مدة الحياة

(المعالجة)

الاجتهاد في حصول تحليل الالتهاب الكبدي بواسطة وضع العلاق حول
 الشرج والوضعية الباردة على المراق الايمن لا ينتج الا في الاحوال النادرة
 من الالتهاب الكبدي الجرحي واما عند تقدم المرض فالمستعمل بكثرة
 من الوسائط العلاجية هو وضع الحرارة فيق على قسم الكبدي واستعمال الزئبق
 الحلو في الباطن ولو كان أساس انتشار استعمالهما غير قوي

واما باقي اشكال الالتهاب الكبدي النقيضي فينبغي الاقتصاد فيها على المعالجة
 العرضية خصوصا وانه من النادر معرفة المرض قبل تكون الخراج ومن ترك
 استعمال المركبات الزئبقية من الظاهر والباطن بقصد مساعدة امتصاص
 النقيض ولوقيل ان المرضى المصابين بامراض الكبدي تتحمل استعمال الزئبق
 الحلو بمقدار عظيم بدون خطر ومتى لم يمكن الاحساس بالتورج وعدم فتح
 الخراج ينبغي الاقتصاد على حفظ قوى المريض بواسطة تدبير غذائي جيد مع
 استعمال المركبات الحديدية الحقيقية بل والنبيذ الخفيف ان احتجج لذلك وعند
 وجود القشعريرات فينبغي استعمال المركبات الكينية فان تأثيرها الجيد المضاد
 للحمى قد يتضح ايضا في هذا المرض ايضا اعظيما وحيث دلت التجارب على
 ان خراجات الكبدي التي تنقبض بالشفاء هي التي يسيل منها بده فتخرجها صديد
 مختلط بالدم مع حرارة من جوهر الكبدي الواقع في التهابه وان الخراجات
 التي يسيل منها صديد جدد فضعف لا تنقبض مطلقا فمن الواجب التمسك به
 ان تفتح الخراجات الكبدي بسرعة قبل تكون الغشاء المولد للصديد
 وتقطيعه بطرد البورة الصديدية ومن المهم في علم الجراحة ان قبل فتح
 الخراجات الكبدي ينبغي التمسك باحتمالات خصوصية وان يفضل استعمال
 الكاوياد على المشروط ما لم يكن الطبيب متأكدا من وجود التصاق مقبين
 بين الكبدي وجدار البطن

• (تنبيه) • قد جرب الاطباء في الازمنة الاخيرة بط الخراجات الكبدي ببطا
 صكر رابا لالة البازلة الاستقصائية بقصد خروج المواد الصديدية الجديدة
 التكوين وعدم بقاءها وتكونها البورات عظيمة الا ان هذه الطريقة ليست
 عامة الاستعمال ولم يؤيد الطب العملي الى الآن نجاحها وانتشار استعمالها

(في المبحث الثالث)

(في الالتهاب الكبدي الخلوي المعروف بسيروز الكبد

وبالاستحالة الحبيبية للكبد)

(كيفية الظهور والاسباب)

مجلس الالتهاب الكبدي الخلوي غلاف الكبد والمنسوج الخلوي القليل
المكون لامتدادات المحافظ الجلوسونية والمار من باطن هذا العضو صاحبها
لا وعيته وفي هذا الشكل لا يتكون نضج سائب في الكبد ولا تقيح
ولا خراجات فالتغير الالتهابي في هذا الشكل عبارة عن نمو المنسوج الخلوي
بشكون عناصر خلوية جديدة من الموجودة من قبل وكلما ازداد نمو هذا
المنسوج ازداد اضمحلال الجوهر الخاص للكبد وتلاشيه وفي الدور المتقدم
لهذا المرض يكابد هذا المنسوج الجديد التكوين انكماشاً شديداً يشكك في
جوهر الكبد تدريجاً ويضعف بعض أجزائه وحينئذ تفسد الاوعية الدموية
والقنوات الصفراوية في امتداد عظيم ويضمرم عظم الاخابة الكبدية
وتتلاشى

ثم ان المهيح الذي يحدث هذا الالتهاب بكثرة هو الكحول ولذا تسمى اطباء
الانكليز الاستحالة الحبيبية للكبد بكبد السكرى وبكبد شرابي (الخن)
(وهو مشروب روي قوي التأثير جدا) وهذا المرض يكون في الرجال أكثر
منه في النساء وماذا لك الامن اختلاف الافراط فيما ذكر باختلاف النوع
ويكون نادراً لوجود في الطفولية والظاهر ان الاستمنا آت الظاهرة تؤيد
القاعدة العامة في بعض الاحوال وذلك لان (وندرلش) شاهد أعراض
سيروز الكبد الواضحة جدا عند اثنين سن احدهما ١١ سنة والاخرى
١٢ فبالفحص الجيد ظهر له ان كلامهم ما كان يماطى الكحول بقدر
عظيم

وتعاطى الكحول ليس هو السبب الوحيد في الالتهاب الكبدى الخلوي
فالاشخاص المصابون بهذا المرض والمنكرون اعتيادهم بتعاطى الكحول
لا يعتبر جميعهم من المدمنين على السكر خفيفة وقد قيل ان مجرد الاحتقان
الكبدى الاستبامى كالمشاهد في المصابين بمرض القلب يحدث الالتهاب
الكبدى الخلوي لكن الظاهر ان هذا القول مبني على الخطا وانما نتج عن

اختلاط شكل الضهور الكبدي في كل من حالي الكبدا الجوزية والحبيسية
والاسباب الاخرى المحدثه لهذا الالتهاب الكبدي الخلوي منهممة علينا وقد
ظن (بود) ان بعض الجواهر المهيجة التي تدخل في المعدة كل يوم يمكن ان
يحدث عقب امتصاصه هذا المرض كما يحدثه امتصاص الكؤل وذلك مبني
على مجرد نظريات فقط وقد شوهد ان السبب المهيج المحدث لهذا المرض في
بعض الاحوال عبارة عن مجموع حركات صفراوية فان معظم المسالك
الصفراوية العظيمة للكبد المصاب الواضح فيه صفات سيروز الكبدا كان
مماثلتا بجمعات حجرية

(الصفات التشريحية)

في الدور الاول من هذا المرض النادر فيه مشاهدة الصفات التشريحية
يكون هذا العضو متزايدا الحجم خصوصا معكدة والمحفظة البريوية فحينئذ قلبلا
كافية اللون وسطح الكبدا لم يزل مستويا الملس ما عدا بعض بروزات غير
منتظمة وعند الشق يظهر جوهر الكبدا مرشحاً بمادة دموية رخوة ذات
لون سنجابي ضارب للحمرة تكسب الكبدا هيئة لحمية وهذه المادة تشغل على
امتدادات دقيقة من منسوج خلوي ضام وخلافي كما يتضح ذلك من البص
المكروسكوبي ويظهر في وسط هذا المنسوج جوهر الكبدا الاصلي على شكل
تجمعات قليلة الارتفاع

وأما في الدور الثاني الذي يعقب الاول بكيفية تدريجية فقد شرحه الشهير
(روكنسكي) مع الايضاح قائلا ان الكبدا يكون صغيرا الحجم عن الحالة
الطبيعية وشكلا متغيرا بحيث تظهر حوافه مستديرة وتزداد قمتا حتى
تصير كخط خلوي غير محتوي على جوهر كبدي بالكيفية واما معكدة خصوصا فاصه
الايمن فيكون بالعكس متزايدا الحجم بالنسبة لباقي اجزاء الكبدا ثم ينتهي هذا
العضو بان يصير على هيئة كتلة كرية وفصه الايسر يكون اذذاك ملتصقا
بقصه الايمن على هيئة معلقة صغيرة مقرطحة ويشاهد على سطح هذا العضو
في هذا الدور بروزات حميرية او حليمة منها اكتسب هذا المرض اسم الكبدا
الحبيبي ثم ان كانت هذه التجمعات ذات عظم مستوي وكب الشهد اخرج ظهر
سطح هذا العضو بهيئة مستوية واذا اختلفت عظمها ظهر سطحه بتجمعات

غير منتظمة وبين هذه التجمعات يصير الغلاف المصلي ذا لون مبيض سمين
شبهه بالاورثاء العريضة قرني ومنجذب الى الباطن ومتى وجدت ثنيات عظيمة
غائرة في هذا الغلاف فاصلة لخزيثات عظيمة من الكبد عن بعضها اكتسب
هذا العضو هيئة فصيصية وفي المادة يكون الغلاف الكبدي ملتصقا
بالاعضاء المجاورة خصوصا الحجاب الخارج اما بواسطة التصاقات كثيرة متوترة
او ألحجة شريطية وجوهر الكبد المصاب بالسيروز يكون متكتفا صلبا
كالحلبد وعنده شقه يحس بمقاومة كمقاومة الاسكيروس ويوجد في باطنه
نفس التجمعات التي تشاهد على سطحه الظاهر وهذه التجمعات تكون
موضوعة بين اليافي منسوج خلوي مبيض وسخ متين قليل الاوعية الدموية
ويصفد جوهر الكبد الكلية في محال متعددة فيحل محلها المنسوج الندبي
وبالبحث بالمكروسكوب في هذا الدور لا توجد التكتونات الخلوية الجديدة
بل يوجد منسوج خلوي تام التكوين مكونا لطبقات دائرية تحيط بجلايا
كبدي كانت تسمى سابقا بالتجمعات والجلايا الكبدي الموضوعة تكون
اما آيلة للاستحالة الشحمية او متلونة بلون مخضر بسبب وقوف الصفراء فيها
الناتج عن الضغط الواقع على المسالك الصفراوية ثم ان الاستحالة الشحمية
للجلايا الكبدي هي والموان الملونة المستحالة عليها تكسب جميع سطح الكبد
خصوصا التجمعات الموجودة فيها لونا مصفرا وهذا هو السبب في تسمية هذا
المرض بسيروز الكبد

(الاعراض والمميز)

اعراض الالتهاب الكبدي الخلوي في الدور الاول منه تشابه اعراض
احتمقان الكبد البسيط مشابهة عظيمة فان التغيرات الالتهابية في باطن
هذا العضو ومحفظته لا تكون مصحوبة عادة بالاسلام خفيفة غير ان الضغط
على قسم الكبد يكون احساس المرضي به أكثر منه في الاحتمقان البسيط
والاحساس بالامتلاء والتوتر في المراق الايمن يزداد في بعض الامعان
بحيث يشبه الاحساس بتوتر مؤلم او بالحمق في هذا القسم وزيادة على
هذين العرضين توجد اضطرابات في الدور الاول من هذا الالتهاب
فتشتكي المرضي بشفة في الشهية واحساس بضغط وامتلاء بعد الاكل

ويعتبرهم احوال غائبة في البطن وامسالك ويمكن ان تضطرب التغذية في هذا الدور أيضا بحيث يكتب المريض هيئة ضعيفة ومع ذلك فجميع هذه الظواهر يمكن ان يقال فيها ما قيل ان الاحتمقان الكبدي البسيط بمعنى انها تكون مصاحبة لهذا المرض لاعراضه فان الافراط من المشروبات الروحية يكاد ينشأ عنه على الدوام أيضا نزلات معدية مزمنة وهذه الاعراض المذكورة أخيرا تتعلق بالنزلة المعدية المزمنة لا بالالتهاب الكبدي الخلوي

واما اعراض الدور الثاني فينسب معظمها مع السهولة لعائق ميكانيكي وذلك ان الضغط الواقع على فروع الوريد الباب ينشأ عنه بالضرورة ظواهر احتباس الدم وركوده في الاعضاء التي يأتي منها الى الكبد بواسطة هذا الوريد كما ان الضغط الواقع على القنوات الصفراوية ينشأ عنه امتصاص الصفراء واليرقان مادام لخلايا الكبد قدرة على افراز الصفراء وظواهر احتباس الدم وركوده التي نشاهد في الابتداء بكثرة هي التي تحصل في الغشاء المخاطي المعدي والمعوي فان الحالة النزلية المزمنة للغشاء المخاطي المعدي التي تصاحب الدور الثاني من سيرور الكبد ليست كالحالة النزلية المعدية المصاحبة للدور الاول منه من كونها مجرد مضاعفة لهذا المرض بل نتيجة ملازمة له واعراض النزلة المعدية المزمنة قد سبق ذكرها والنزلة المعوية التي تصاحب أيضا هذا المرض بكمية مستمرة لا ينتج عنها افراز غزير في القناة المعوية الا نادرا بل الغالب ان ينتج عنها بكافي التزلات الالتهابية المزمنة افراز غزير من مادة مخاطية لزجة واخلية جديدة وقد ذكرنا ان من اعراض النزلة المعوية التي تخص هذا الشكل من الالتهابات المعوية النزلية المزمنة الامسالك والانتفاخ الطبلي للبطن والهيئة الضعيفة ولذا كان من الواضح أهمية هذه الاعراض في سيرور الكبد ولا يندر ان امتلاء الاوعية الشعرية للغشاء المخاطي المعدي والمعوي يصير عظيمًا جدا بحيث يترقق بعض هذه الاوعية الصغيرة وعلى ذلك فسيرور الكبد هو بعد القرحة المستديرة المعوية السبب الاكثر حصولا لنزلة المعدية والمعوية كما ان هذا المرض ينتج عنه بسبب عوق الدورة الوريدية البوابية امتلاء واحتقان في الاوردة

المسار بقيمة السفلى والصفيرة الباسورية ويكون حدئذ سبباً عظيماً في
أحداث البواسير وعلى حسب ذلك فظهور البواسير من الأعراض الكثيرة
الحصول في المرض الذي نحن بصدد

وحيث أن الوريد الطحالي يصب متحصلاً في الوريد الباب وأن الضغط الواقع
على فروع هذا الوريد الأخير يفتح عنه أيضاً عروق في استقراغ دم الوريد
الطحالي فإن ظواهر آلام الطحال وتعددته تنضم في هذا المرض إلى الظواهر
التي تحصل في المعدة والأمعاء وكثيراً ما يوجد الطحال منتفخاً في هذا المرض
انتفاخاً عظيماً في الدور الأخير من التهاب الكبدى الخلوئ بحيث أن كلاماً من
ابولسير وبيرجر وغيرهما يثبت انتفاخ الطحال أهم عرض لسيروز الكبد
وقد وجد (فريركس) الطحال في حالة الانتفاخ ١٨ مرة في ٣٦ حالة من
سيروز الكبد وتزايد حجم الطحال ينتج فقط عن تراكم الدم واحتباسه فيه
وذلك من جهة أنه يحصل نارة بسرعة من الابتداء وتارة متأخرة حصوله جداً
بدون أن يكون ذلك مطابقاً لحصول باقي الظواهر الاحتباسية ومن جهة
أخرى لكونه يفسد في بعض أحوال سيروز الكبد وفي جميع أحوال
الظهور الجوزي لهذا العضو ولومع الضغط العظيم الواقع على أوردة الكبد
ومن القريب للعقل أن انتفاخ الطحال يلقى بتغير مخصوص مشابه لما يحصل
في الكبد ومع ذلك فتراكم الدم واحتباسه له مدخل في تزايد حجم الطحال
ويتضح ذلك من تناقص حجم هذا العضو وزوال انتفاخه عقب انقضاء
الدموى الذي فيه يتميز في الأوعية الشعرية المعديّة فيسهل استقراغ دم
الطحال

وحيث أن الأوردة البريتونية خصوصاً أوردة الوريدية الحشوية تستقرغ
أيضاً في الوريد الباب في الواضح جداً حصول الاستسقاء الزقي وكونه
العرض الرئيس في سيروز الكبد ونوضح ذلك سبق ذكره في المباحث السابقة
التي نبهنا فيها على أن ازدياد الضغط الواقع على جدار الأوردة البريتونية هو
السبب الأكثر اتساجاً لظهور ارتشاح مصلى في باطن تجويف البطن وقد
يكون هذا الارتشاح المصلى محتلطاً في بعض الأحوال بكمية قليلة من الدم
بسبب تمزق بعض الأوعية الشعرية البريتونية وقد يكون ساجماً فيه في أحوال

أخرى ندف لينة ناتجة عن نضج الثياب في محنظة الكبد وما حولها
والاستسقاء الزرقى المتعلق بسير وز الكبد يتصف بكونه غليظا جدا
أكثر من باقي أشكاله ويظهر في آن واحد تشجيرات وريدية مزرقة متفرجة
على جدر البطن وأودعيا في الاطراف السفلى وأعضاء التناسل بسبب
الضغط الواقع على الوريد الاجوف السفلى والاوردة الحرقمية كما انه قد
تشاهد غفيرة سطحية في هذه الاجزاء

وحيث ذكرنا ان التزلات المزمنة لاهعدة والامعاء والانزفة في هذه
الاعضاء والبواسير وضخامة الطحال والاستسقاء الزرقى اعراض ملازمة
لسير وز الكبد ناتجة عن عائق ميكانيكي بسبب الضغط الواقع على فروع
الوريد البابي فمن الواجب علينا أيضا ذكر الاحوال الاستثنائية ونفسيرها
التي نفقد فيها هذه الاعراض أو تكاد لا ندرك فنقول انه من المعلوم ان فروع
الوريد البابي قد تبقى مفتوحة في بعض الاحوال ولو مع تقدم سير وز الكبد
بهيئ يمكن اتباعها في امتداد عظيم في الجثة ونضيف لذلك ان استتراج
اوردة المعدة والامعاء والطحال والبريتون يمكن ان يصير منها ما يمنع
احتباس الدم وركوده في هذه الاعضاء بتولد دورة تكميلية جانبية تسمح للدم
بالمرور في مسالك جديدة وحصول هذه الدورة التكميلية الجانبية الجديدة يتم
أولا بالاستطراق الذي يحصل بواسطة الضفيرة الباسورية بين الوريد
المساوي السفلي والوريد الحفلي وثانيا التفرعات بين فروع الوريد البابي
وفروع أوردة الغلاف الكبدي التي تتفهم بالاوردة الجانبية الجانزية
والمروية وثالثا بتفهم الارعية الجديدة التي تتكون في سمك الاتصافات التي
تتصل بين الكبد والحجاب الحاجز وزيادة عن الاستطراقات الجديدة التي
تتصل بكيفية غير طبيعية وبها يسهل مرور الدم في فروع الوريد البابي الى
الاجوف بدون مروره في الوريد الكبدي قد تظهر في بعض الاحوال دورة
جانبيهة مخصوصة مدة الحياة تظهور وافصحها في هذا الشكل في الدورة
الجانبيهة الجديدة كما كان يظن سابقا انه ناتج من عدم انسداد الوريد السري
انسداد تاما بعد الولادة وبقاء قناة دقيقة في رباط هذا الوريد وعند حصول
احتقان كبدي عظيم في الأشخاص الموجود فيهم هذا الاستطراق غير طبيعي

تتدد القناة المذكورة شيئا بشأ بالدم الوارد اليها بحيث توصل هذا السائل الى
 الجدر المقدمة من البطن وهناك ينصب الدم في تفرعات الوريد الشدي
 الانسي وتراكم الدم بهذه الكيفية في الوريد الشدي الانسي ينتج عنه عوق
 في استقراغ الاوردة الجلدية البطنية وبذلك يوجه هذه الاوردة الجلدية
 نحو اعظم اجزاء حول السرة على شكل حوية مزرقة لكن هذا التشجير
 الوريدي الغير الطبيعي المذكور ليس ناتجا عن تعدد الوريد السري المنسد
 انسداد اغبير تام بل عن تعدد فروع الوريد الباب التي تمتد من الكبد الى
 الجدر المقدمة من البطن بين وريقات اربطة الكبد وتتم مع جذور الوريد
 الشراسفي والشدي الانسي

وهناك امر توجبه له أصعب من فقد مظاهر الاحتقانات الاحتباسية
 جميعها وهو فقد البعض منها ووجود البعض الآخر فالتا لنعلم لماذا ان
 الطحال الذي وجد به بحر متزايد في الحجم ٥٨ مرة في ٦٤ مشاهدة
 وفير كس ١٨ مرة في ٣٦ حالة يبقى صغير الحجم احيانا كما اتت لنعلم لماذا
 انه يوجد عند بعض المرضى في دموى متكرر ويفقد عند آخر من مدة سير
 هذا المرض فلا تعرض لتوجيه هذه الاختلافات

ثم ان المسالك الصفراوية ولو انهم انما يكاد مضغطا عظيم في سير وزالكبد
 كتفرعات لوريد الباب الا انه من النادر مشاهدة احتباس الصفراء في هذا
 المرض احتباسا واضحا جدا فانه ولو شوهد عند معظم المرضى تلون مصفر
 وسخ في الجلد ومصرف قط في الصلبة وبول داكن الا ان العرقان الشديدين
 الواضح ليس من العلامات الكثيرة المشاهدة في سير وزالكبد وهذه الظاهرة
 يستدل عليها بمرحلة من كيفية تكوين الصفراء فانه لا توجد تامة
 التكوين في الدم الوارد نحو الكبد بل انهم يتسكون في الخلايا الكبدية من
 العناصر التي ترد اليها مع الدم ولذا ان احتباس الصفراء وامتصاصها يحتاج
 ولا بد لبقاء جزء من الخلايا الكبدية حافظ لوظيفة هذه الطبيعية في سير وز
 الكبد يكون من جهة بعض المسالك الصفراوية مضغطا وحينئذ توجد
 الشروط المؤدية في الغالب لاحتباس الصفراء وامتصاصها من جهة أخرى
 يفقد جزء عظيم من الخلايا الكبدية وحينئذ يكون تكوين الصفراء معوقا في

ذلك يتضح بسهولة ان البرقان لا يقدر بالكبد في سيروز الكبد غير انه يندران
يصل الى درجة شديدة فقله البرقان في الحالة الراهنة مع تقدم سيروز الكبد
تدل على تسلطن أحد الأمرين وهو فقد الاخلية الكبدية وان وجد البرقان
بدرجة عظيمة دل هذا على تسلطن الامر الآخر وهو انضغاط المسالك
الصفراوية أو أن هنالك عائقا جديدا مانعا لاستقراغ الصفراء بمضاعفة مرضية
كالتهابات النزلية للمسالك الصفراوية أو انسدادها بالحصوات الصفراوية
فان هاتين المضاعفتين كثيرات تصاحبان سيروز الكبد وان كان انصباب
الصفراء معوقا بالكبدية من إحدى هاتين المضاعفتين أمكن ان ينتج عن
الصفراء المتكونة ولو بمقدار قليل في باقي الخلايا الكبدية برقان شديد
ولو بانضغاط المسالك الصفراوية يتعلق أيضا بلون المواد الثقيلة باللون الباهت
أو السجاني لباللون المسمر وحيث ان مجرد الضغط على المسالك الصفراوية
لا ينتج عنه انسدادها بالكبدية فلا يشاهد مطلقا في سيروز الكبد البسيط
مواد ثقيلة فاقدة اللون بالكبدية شبيهة بالطفل الأبيض كما يشاهد ذلك في غير
هذا الشكل من البرقان والبول يحتوي عادة على قليل من المواد الملونة
للصفراء لكنه يتميز بكونه يحتوي على كمية عظيمة من الاملاح البولية ومن
المواد الملونة للبول وستتكم على هذا فيما بعد

ثم انه يتضم الى الاعراض السابق ذكرها النتيجة عن انضغاط فريعات الوريد
الباب والمسالك الصفراوية اعراض أخرى تنسب لانسداد عدد عظيم من
الخلايا الكبدية وقد ذكرنا عند الكلام على الطواهر الباقية ان تكوين
الصفراء يتناقص بسبب فقد الخلايا الكبدية وينسب عدم تلون المواد
البرازية الى قلة تكوين الصفراء كما تنسبه الى احتياهم انما اتساوان لم نعرف
حق المعرفة جميع وظائف الكبد الا انه من الاكيد أن تكون الصفراء ليس
هو الوظيفة الوحيدة للخلايا الكبدية وعلى كل فالكبد عضو مهم جدا للتغذية
العامة واصلاح الدم في الاكيد أن فقد عدد عظيم من الخلايا الكبدية ينتج
عنه اضطراب عظيم في البنية بتمامها فان اضطراب التغذية الذي يشاهد
عند الاشخاص المصابين بسيروز الكبد وان يتعلق ببعضه بوجود نزلات معدية
معوية وربما كان امثلاء الورد المعوية امثلاء عظميا يعوق نفوذ متحصل

الامعاء في هذه الاوعية لابلده من سبب عظيم آخر لاضطراب التغذية فان
المرضى المصابة بسيروز الكبد تشتد ضماقتهم وتسرع عنهم وكتبتهم وبصير
جلدها خالوا وتتقدم عندها ظواهر سوء التغذية اسرع جدا من المصابين بمجرّد
نزلات معدية معوية او بمن كان عندهم سيلان الدم في الاوردة المعوية معوقا
بطريقة أخرى ولا يعلم ان كان اضطراب التغذية العامة هذا متعلقا بعوق
تكوين السكر في الكبد او بفقد وظائف أخرى لهذا العضو ومنهم من علمنا
فان هذا الامر لم يتيسر للمعارف القسيولوجية حله الى الآن

ثم انه يظهر عند المصابين بسيروز الكبد قبل الموت بقليل ظواهر عصبية
دماغية فبعض المرضى يقع في حالة هذيان وخدر وبعضهم يحصل عنده
من الابتداء ظواهر خدر وكوما وحالة سبات وحيث انه بفعل الصفات
النشرية في الدماغ لا توجد تغيرات مادية فيه توجه بها هذه الظواهر فن
القريب للعقل نسبتها الى تسمم الدم غير اتنا لانعرف الجواهر التي بها يحصل
هذا التسمم الا اننا نقول انه من الاكيد كون هذا التسمم ليس ناتجا عن
امتصاص عناصر الصفراء ولذا نرفض تسمية ما ذكر بالتسمم الصفراوي
ووجود كمية عظيمة جدا من المواد الملونة للصفراء ومن الاملاح البولية عند
الاشخاص المصابين بسيروز الكبد ينسب لفقد عدد عظيم من الخلايا الكبدية
ولضعف وظائف الكبد او تنويدها ولا نعلم التغيرات الحاصلة في التبادل
العضوي الناتجة عنها هذا التغير المذكور في البول معرفة تامة وانما الذي
نستنتجه من حيث ان المواد الملونة للبول آتية من المادة الملونة للصفراء
والمادة الملونة للصفراء آتية من المادة الملونة للدم فلا بد وان عند حصول
استحالات مرضية ممتدة في الكبد به الاتم استحالة المادة الملونة للدم الى المادة
الملونة للصفراء بكيفية طبيعية يحصل كذلك تغير في تكون المادة الملونة للبول
الناتجة عنه التغيرات السابق ذكرها

(العلامات الطبيعية للانتهاب الكبدى الخاوى)

يستبدل بكل من الجس والقرع في الدور الاول لهذا المرض على تزايد حجم
الكبد ومقاومته تزايد عظيم او ما في الدور الثاني لهذا المرض فمن النادر
عدم العثور على الكبد بالجس كما يذكّر في الغالب وفي حالة ما اذا أمكن

العنور عليه عند اضطجاع المريض على جنبه الايسر وتبعيد السائل المتجمع
 في البطن من الكبد فوجد حانة هذا العضو كثر مقاومة عما في الدور
 الاول وزيادة على ذلك يحس على سطحه بوجود ارتفاعات صلبة مستديرة
 مختلفة العظم وبالقرب قد يستدل على تزايد في اصمة الكبد في الدور الثاني
 متى كان الاستسقاء الزقي ليس عظيم جدا وفي أحوال أخرى قد يستدل به
 على تناقص اصمة هذا العضو (وهذه الاحوال الاخيرة ليست كثيرة جدا
 نبعالمشاهدتنا) وحينئذ ينبغي التدقيق عند الحكم بزيادة عما يكون عند
 ازدياد اصمة هذا العضو عن الحالة الطبيعية فان كلاً من اقطار الكبد
 واصمته يختلف اختلافا عظيما في الحدود القصية كما دلت على ذلك القياسات
 العديدة التي فعلها المعلم (فريركس) وزيادة على ذلك يمكن ان وضع الكبد غير
 الطبيعي الذي يحصل في كل عدد عظيم في البطن يحدث ملامسة الكبد
 بحافة الحادة للصدر المقدمة من البطن والصدر وبالجملة يمكن ان الامعاء
 المتقدمة بالغازات تدخل بين الكبد وصدر البطن فتتناقص اصمة هذا العضو
 او تزول بالكليّة ومتى اعتبرت جميع هذه الامور كان تناقص حجم الكبد
 علامة مهمة في تشخيص سير وذهاب هذا العضو وحيث ان الفص اليساري
 هو الذي يتناقص ابتداءً فأول ما يدرك صوت القرع الممتلئ غير الطبيعي
 في القسم اليساري ثم يتناقص فيما بعد اصمة الكبد أعلى الفص الايمن
 من هذا العضو تناقصا عظيما بحيث ينقص امتدادها في الخط الشدي من
 قيراطين الى واحد وأهم علامة يرتكن اليها في تشخيص هذا المرض هو
 التناقص التدريجي للكبد بعد ان كان منفتحاً عظيماً تناقصاً يثبت بالبحث

المتكرر

وبعد ان ذكرنا اعراض الانتماب الكبدي الخلوي كلاً على حدته وارتباطها
 ببعضهم الزمنا ان نضيف لذلك شرح هذا المرض مختصراً فقول ان من يصاب
 بهذا المرض غالباً الاشخاص المتوسطو السن أو المتقدمون فيه الذين يكادون
 ان يكونوا منزهين في تعاطي المشروبات الروحية وابتداءً هذا المرض
 يصطبغ باعراض واهية خفيفة فتشتكي المرضى بضغطة وامتلاء في المراق
 الايمن ويندرش كآيتهم بالآلام شديدة في قسم الكبد وذلك عند ما يكون الغلاف

المصلى لهذا العضو وشار كاله في الاصابة وملتبها التماس شديدا والنظواهر الواضحة بهذا المرض في دوره الاول هي ازدياد حجم الكبد وسوء الهضم والامتلاء الغازي للبطن والخفاقة العامة ثم فيما بعد يتنفخ البطن بتراكم سائل مصلى في تجويفه بدون انتفاخ او ذعياوى في الاطراف ثم يصفرون الجلد مع الوساخة ويصير البول احمر داكنا محتويا على كثير من الاملاح البولية والمواد البرازية تصير طفلية اللون مبيضة وتزداد اعراض سوء الهضم وتقدم الخفاقة تقدماعظما وفي هذا الدور يتناقص حجم الكبد وأما الطحال فيكاد يزداد حجمه على الدوام وعند بعض المرضى يشاهد ظهور رازقة من القناة المعوية خصوصا عند اباسورية ثم ان الاستسقاء الرزقي يزيد في عصر النفوس ويحصل ارتشاح او ذعياوى في الاطراف وأعضاء التناسل ويدر البطن ثم تمثلت المرضى بعد جملة اشهر او سمنين في حالة خفاقة عظيمة وكثيرا ما يظهر عندهم في الايام الاخيرة هذيان وظواهر عصبية خدرية

(التشخيص)

سيروز الكبد لايسهل اختلاطه بغيره من امراض هذا العضو التي سبق شرحها

وأما تميزه عن سرطان البريتون ودرنه فعسر لانه في كلاً هاتين الاستحالتين المرضيتين يظهر استسقاء رزقي غالبا كما يحصل في سيروز الكبد بدون ان يسمقه ظواهر استسقاوية أخرى وسرطان البريتون ودرنه يحصل فيه - كما كذلك الخفاقة عظيمة بسرعة وسوء قنية وحيث ان مواد الورم في المرضين يمكن ان تضغط بسرعة على القنوات الصفراوية فقد يصطبغان باليرقان فلاجل التشخيص التمييزي بين سيروز الكبد والاستحالتين المذكورتين للبريتون نعتبر الامور الآتية وهي

انه مما يدل في كل حالة راخصة على ان الاستسقاء الرزقي وباقي الاعراض التي توجد في كل من الحالتين السابقتين متعلقة بسيروز الكبد هو أولا انتفاخ الطحال لما ذكرنا ان ذلك من الاعراض الملازمة لسيروز الكبد بخلاف الاستحالة السرطانية والدرنية للبريتون فان الطحال لا يكاد يشترك فيها مطلقا كما لا ينتج عنها انتفاخ هذا العضو من شكل آخر فانما البول المركز الكثير

المواد الملونة والاملاح البولية فان هذا العرض لا يكاد يفتقد مطلقا في
سيروز الكبد واما بول المصابين بسرطان البريتون او درنه فبعكس ذلك فانه
يكون صافيا مائيا كبول أصحاب الدم المسائع المائي ومتى انضمت الحصى الى
الاستحالة المرضية للبريتون وازداد الضغط الواقع على الكليتين والاعوية
الكولية بسبب ازدياد السائل المتجمع في البطن فمن الجائز أن يصير البول
قليل الكمية ويكتسب درجة تركيز لكن الغالب ان تفقد الرواسب
المذكورة سابقا ولون البول لا يصير كذلك كثيرا لكنه كما يشاهد في المصابين
بالسيرورف نالنا تحقيق الطبيب من أن المريض كان مدمن على المشروبات
الروحية فان هذا المرض في غالب الاحوال ينتج عن ذلك وليس لما ذكر ادنى
تأثير في أحداث الاستحالة السرطانية او الدرنية للبريتون

وأما العلامات التي غالبا يستعمل بها على الاستحالة المرضية للبريتون لاعلى
سيروز الكبد فهي اولاً زيادة الحساسية الممتدة في البطن عند الضغط ثانياً
سرعة ظهور الاسقياء الزقي ثالثاً سرعة فقد قوى المريض رابعاً وجود
سرطان او درن في أعضاء أخرى خامساً وجود اورام يحس بها في البطن غالباً
سبباً بعد برله سادساً وجود مواد لينة او عقدات لينة في السائل المستقرغ
بالزل ثم ان لون السحنة الواصف للسرطان المهم جداً في تشخيص هذا
المرض وتمييزه عن غيره من الامراض لا يكفي في تمييز سرطان البريتون عن
سيروز الكبد فانه في الأخير يكون لون السحنة مصفرة او سخا كالمصابين
بالسرطان

(المعالجة)

متى أمكن معرفة الالتهاب الكبدي انغلوى في دوره الاول وذلك نادراً وظن
بوجوده يجب الاهتمام الكلى في منع تقدم هذا المرض بان ينهى المريض عن
تعاطي المشروبات الروحية مع استعمال المعالجة التي ذكرناها في الاحتمال
الكبدى سيما وضع العلق مع السكرار حول السفرة وتعاطي المسهلات
المليحة الحقيقية والاجود استعمالها على شكل المياه المعدنية الطبيعية او
الصناعية كما كرلس باد وماريه باد وتاراسب وغير ذلك لهم ولتجملها
على هذا الشكل بدون اضافة حمض الكربون والقلويات الكربونية اليها

وعند اضطراب التغذية العامة يفضل استعمال المياه المعدنية المحتوية على
قليل من المركبات الحديدية كما في البحر وفونس برون وكينسبرج وراجودس
وينابيع همبرغ* وفي الدور الثاني ولو في ابتداءه لا يتعشّم في أي مقام هذا
المرض فإنه كما يشاهد ان المنسوج الخلوي الحديد التكويني الذي حل محل
فقد جوهر في الجلايد ينكمش بالتدريج حتى تتكوّن أثره التام صلبة
كذلك ينكمش المنسوج الخلوي الحديد التكويني في الكبد انكماشا
مستمر حتى تظهر الظواهر المرضية السابقة وحقيقة ذلك لا يمكن بالكليسة
الشفاء التام لان المنسوج الندي لا يمكن تعده نائما معالجة سير وزالكبد
حينئذ لا تكون الاعراض ومن الظواهر المرضية الناتجة عن الاحتقانات
الاحتباسية النزلات المعدنية المعوية فتحتاج الى التفات خاص فانها تسرع
في تحفافة المرضى ونموكتها واجودشي يعطى للمريض لاجل مقاومة هذا
الشكل من الانهيارات النزلية المذكورة هي كما ذكرناه فيما تقدم الدم القلويات
الكربونية فانها بجملة مستلزمات الخاطبة تقال لزوجتها وجملة المتابعة يسهل
تخليص الغشاء المخاطي المعدي المعوي من هذه الطبقة الخاطبة الزرجة
المتعلقة به وكذلك العلاج الانزفة المعدنية المعوية والبواسير على حسب القواعد
المبينة فيما تقدم ولوقول العشم بالنجاح وأما الاستسقاء الزقي فينبغي فيه التمسك
بالاعادة العامة وهي عدم البزل الا عند الاضرار جدا فان من اوصاف هذا
الاستسقاء الناتج عن احتباس الدم في المجموع الوريدي الباب الرئيسة عوده
بسرعة كبيرة جدا متى انعدم ضغط السائل المانع لا يرتشاح جديد فاذا اضطر
الطبيب لبزل البطن ينبغي الاجتهاد الكلي في ابطاء تجديد الاستسقاء المذكور
بالضغط على البطن بملء الاوضاع وضعالاتها وفي هذا الشكل لا يفر
استعمال المدرات فضلا عن كونه غير صائب ولا متعقل واهم شيء في معالجة
سير وزالكبد الاجتهاد في تحسين قوى المريض وتغذيته فتعطي له الاغذية
المقوية اذا سمحت اعضاء الهضم بذلك مع المركبات الحديدية التي كثيرا
ما تفعلها المرضى بمقدار عظيم حيث انما تحدث تأثيرا جديدا واضحا وقد
شاهدت عند مريض مصاب بهذا السير وز وقد هلك فيما به نبوة زريف
معدى عزيز تناقصا مكررا في السائل المتجمع في البطن عقب استعمال

المركبات الحديدية استعمالا متكررا مع تدبير غذائي باللبن والبيض وكان
تجمع هذا السائل قد تزايد في كل مرة عقب خروج المريض من المستشفى
واتباعه لتدبير غذائي ردي، وتكرر حصول القيح.

(المبحث الرابع)

(في التهاب الكبدى الزهري)

(ويعرف أيضا بالمعلم وجنيز نورم الكبدى الزهري)

(كيفية الظهور والاسباب)

الظواهران الكبدا كثرة الاحشاء اصابة عقب الداء الزهري البنى وعلى كل
فالتهاب الكبدى الزهري هو أول ما عرف من الاصابات الزهرية للاحشاء
الباطنية معروفة جيدة

والاصابة الزهرية للكبد لا يندر ان ترى في جملة الاطفال الوارثين لهذا الداء
ويتأخر حصول هذا المرض متى كان من جملة الاضطرابات الغذائية التي
تسبق عدوى الداء الزهري العارضى بحيث لا يعدم مطلقا من الاصابات
الزهرية الثانوية بل بعدد انما من جملة اشكال الداء الزهري الثلاثي

(الصفات التشخيصية)

ثم ان المعلم (وجنيز) وان استنتج بالبحث بالمكروسكوب مع التكرار عن الاعضاء
المصابة اصابة زهرية أن هذه الاصابة في الاعضاء الباطنية التي تظهر على شكل
بورات محدودة (وهي الاورام الصغوية للمعلم ووجوف) وكذا الاستحالة
الزهرية المنتشرة في هذه الاعضاء عبارة عن تكون تولد جديد نوعي وهو
السمي بقلوم الان الهمية الظاهرة للكبد الذى تكونت فيه تغيرات جوهرية
عقب الداء الزهري البنى تختلف كثيرا باختلاف الاحوال بحيث يسوغ
تمييز اشكال مختلفة من التهاب الكبدى الزهري ويمكن ان يميز لهذا التهاب
نوع دائري أى غلافى والتهاب كبدى خلاقي بسيط أى التهاب يؤدى لتبليس
متشرفى هذا العضو ونوع ثالث وهو الصغى وهذا الشكل الذى اثبت
طبيعته الزهرية من منذ زمن طويل المعلم (تدريك) هو الاسهل في التمييز عن
باقي اشكال هذا المرض فيوجد فيه بياض جوهر الكبد وبورات في حجم
الدخن او القندق او الجوز ذات هيئة نخاعية في الاحوال الحديثة وبعد

مكثم ازمنا طويلا لتصير على هيئة مواد صفراء جنية وهذه البورات التي
كانت تعتبر قبل المعلم (تدريك) تولدات سرطانية آخذة في الشفاء لمشايتها
لها مشابة تامة تكون محاطة بجوهر ندي وتقدم منها استطالات خلوية ندية
فهي اتجاهات مختلفة حتى تصل الى السطح الظاهر من الكبد ويشاهد على
هذا السطح ميازيب تكسب الكبد هيئة فصيصية وهذه الميازيب تنشأ
عن تلاشي الجوهر الكبدي في بعض الاضفار واسنة عاضتها بنسوج خلوي
ضام منكمش ويوجد في التيبس الزهري المنتشر في الكبد اجزاء عظيمة من
العضو المريض مستجيبة الى منسوج مندمج ندي والجوهر الغدي يتلاشى
معظمه ويحل محله الجوهر الندي والذي يمنع التماس التيبس الزهري المنتشر
في الكبد بسير وزهرا العضو وجود البورات المذكورة مع التغير المذكور
وهيئة سطح الشق المتجانسة المستوية وفقد التحبيبات التي لا تكاد تفقد
في سير وز الكبد والالتهاب الكبدي الزهري الدائري فضلا عن كونه
يضاعف التغيرات المرضية في جوهر هذا العضو السابقة تصف بعظم تكاثف
الغلاف المصلي للكبد زيادة عن غيره من اشكال الالتهاب الدائري ويكونه
يا يافديا

* (الاعراض والسير) *

لا يمكن معرفة الالتهاب الكبدي الزهري مدة الحياة بل ولا توهمه في احوال
عديدة وربما يمكن تشخيصه من شكل غمد الكبد المخصوص ووجود
بروزات وميازيب على السطح الظاهري من هذا العضو مع وجود علامات
أخرى من الداء الزهري البني وقد تنسرى اليكم تقريرا بوجود هذا المرض
في امرأة شاهدها في جراسوالد كانت تشتمكي بطواهر التهاب بريتنوني
من من قبل اعترافها بكونها اصيبت بالداء الزهري وقبل ان يتضح من البحث
عن الحلق وجود تشوه عظيم في قوائم الهواة ولما كانت استبان لي من
الصفات القشر بحية صحة التشخيص وقد أثرت في الطبقات السابقة لهذا
الكتاب انه من القريب للعتل حصول صورة مرضية تشابه سير وز الكبد
عند امتداد التغير المرضي وانضغاط فروع الوريد لباب والمسالك الصفراوية
و كنت أضفت لذلك ان الاحوال المألوفة الى وقتنا هذا شوهد فيها استسقاء

زرق خفيف مرة واحدة مجردة عن اليرقان لكن يتسرى فيما بعد مشاهدة
حالة اثبتت لي ما كنت أتوهمه وهو ان مرضا بعد دخوله الاكلينيك انكر
اصابته بالداء الزهري وكان معه يرقان واستسقاء زرق عظيم استدعى البزل
من او كان بوله ذالون داكن وكثير المواد الملونة وحجم كبده عظيم وفي سطحه
الظاهر يحس ببروزات مستديرة واضحة ولم يتأكد تشخيص هذا المرض
بأصابته بسرطان في الكبد مع انسداد غير تام في الوريد الباب بواسطة
الصفات التشريحية فان الكبدة كان منقسمها الى فصين فصات وغلافه في بعض
المحال تخشنا وجوهره متبيسا تيبسا منتشرا في امتداد عظيم وفي باطن القص
الايمن من الكبدة قد وجدت اورام صغيرة نحو الثلاث او الاربع ذات
هيئة نخاعية

* (المعالجة) *

لا يمكن التسكلم على معالجة الالتهاب الكبدي الزهري فانه ولو في الاحوال
التي يمكن فيها تشخيصه مدة الحياة لا يتيسر ذلك الا في انهاء سيره وحيث لم يمكن
ازالة المنسوج الخبيث الى المندمج وتحليله بواسطة الاستحضارات الوريدية
والزئبقية يقتصر على المعالجة العرضية فقط

* (المبحث الخامس) *

(في الالتهاب الوريدي الباب)

(كيفية الظهور والاسباب)

هذا الالتهاب يطلق على الاحوال المرضية التي فيما يؤدي التهاب جدر الوريد
الباب الى تعقدات دموية في هذا الوريد كما يطلق على الاحوال المرضية التي
فيها انعقاد متحصل هذا الوريد لا يكون متعلقا بحالة التهابية في جدره
والشكل الاول وهو الالتهاب الوريدي الاول يندرج من الثاني واسما به الممتدة
له اما اصابة الوريد بنفسه اصابة جرحية والتهابات الاعضاء المجاورة له الممتدة
الى جدره

وأما الشكل الثاني وهو الالتهاب الوريدي البوابي التابعي المعروف
الآن بسدد الوريد الباب الذاتية فلا يمكن نسبته الى اسباب مدركة
واضحة دائما وقد ينتج اما عن انضغاط جذع الوريد الباب بعدد لينفاوية

متحينة أو مقسرة أو باورام أخرى أو بواسطة البريتون المتكاثف
 المذكمش انكماشاً ندياً واما ان ينتج عن انضغاط فروع الوريد الباب
 كما يكون في سير ووز السكد فان انضغاط هذه الفروع الوريدية ينتج عنه
 بطء في سير التيار الدموي بحيث يتكون تعقيدات دموية في جذع الوريد
 الباب أو تفرعاته واما ان تنشأ سدود الوريد المذ كورة عن ازدياد امتداد
 تدريجيين في السدد الذاتية أو الاصلية التي تكونت في أحد جذوع هذا
 الوريد وهذا بحسب الظاهر هو الغالب الا ترى انه في أحوال السدد الذاتية
 لاحد الاوردة الفخذية لا يتككون فقط تعقيدات دموية في أوردة الطرف
 المريض بل كثيراً ما تمتد هذه السدد الى أعلى نحو الاجوف السفلى بل وإلى
 الاوردة لكلوية وفي مثل هذه الاحوال تكون سدود الوريد الباب وتفرعاته
 اولية ولو كانت التعقيدات الدموية الابتدائية متكونة في أحد جذوع
 هذا الوريد عقب التهاب جداره وبهذه الكيفية توجه بسببها سدود الوريد
 الباب المذ كورة التي تحصل عند وجود تقرحات أو خسائر في أعضاء
 البطن أو عقب التهاب الوريد السري عند المولودين جديداً وعقب خراجات
 الطحال أو قروح المعدة أو وجود عقيدات وريعية ملتهبة أو متفحمة أو مماثل
 ذلك من التغيرات المرضية وهل وصول السدد السيارة الى الكبد من بورات
 متفرقة يمكن ان تؤدي الى حصول تعقيدات محدودة في الوريد الباب ابتداء
 ثم منتشرة فيه ممكن أولاً ثم شاملة فيه

(الصفات التشريحية)*

انعقاد متحصل الوريد هو الظاهرة الملازمة في الدور الاول من الالتهاب
 الوريدي المباني في كلا شكله ومن المهم معرفة ذلك حتى لا يتوهم ان
 الالتهاب الوريدي الحقيقي يقتضي بتسكين صديد في الوريد والتعقيدات
 الدموية تلتصق التصاقاً متيناً بجدار الوريد فتصير الجدار كثيفة صلبة
 بمادة مصلبة من الابتداء في الالتهاب الوريدي الاولى ويظهر في الطبقة
 الباطنة تمكك وواحدتان شعري في الطبقة الظاهرة وعند وجود السدد بتقي
 جدار الاوعية في الابتداء على حالتها الطبيعية ثم تتغير بعد بكمية كالسابقة
 وانعقاد متحصل الوريد الباب قد يقتصر على بعض تفرعاته وربما امتد الى

جذع هذا الوريد وجذره وباقي تفرعاته وانتهاء الالتهاب الوريدي يختلف وعلى حسب ذلك ينقسم الى شكلين التصاق وتقيحي

ففي الاول يحصل تكون خلوي التماسي في جذر الوريد عند انكماش السدد بالتدريج ومكابدتها الاستحالة شحمية وامتصاصها كالأوبعضا وذلك ينتمي بانسداد الوريد دون اتباع سير هذا التغير في جميع ادواره غير انه بالبحث عن الكبد الذي كان مجاسا الالتهاب وريدي التصاق في نجد في بعض محال من سطحه انبعاجات ندبية ويوجد في سطحه الباطن في المحال الموازية لهذه الانبعاجات الندبية مغسوج خلوي صاب توجد فيه التفرعات المنسدة من الوريد الباب وقد يكون في هذه التفرعات المنسدة سدود دموية مكابدة للاستحالات الشحمية متلوثة باللون الاصفر كثيرا او قليلا بسبب وجود المادة الملونة للدم فيها

واما في الشكل التقيحي فالسدد الدائمة بدلا عن انكماشها تحلل وتستحيل الى سائل تقيحي يشتمل منظمه على بقايا حيوية رقيقة وقليل من الخلايا المستديرة التي يمكن ان تكون كرات دموية فاقدة اللون جافطة للشكل او كرات صديدية جديدة التكوين ويمكن ان تتلاشى السدود في جميع امتدادها وكثيرا ما يوجد في جذع الوريد تعقدات دموية صلبة واما تفرعاته وجذوعه فيوجد فيها سائل قيحي وكثيرا ما لا تحصل هذه الاستحالة الصديدية في التفرعات الدقيقة جدا للوريد الباب فالتعقدات الدموية المتكونة فيها تبقى على حالتها بدون تغير وهذا هو السبب في ان المواد الصديدية المنفصلة لا تصل للوريد الكبدي ولالدورة الصغيرة وبذلك يوجه بسهولة عدم حصول التغيرات الانتقالية التابعة للرئتين بكثرة في هذا الالتهاب الذي كان ينبغي حصرها فيه ان لم تكن التفرعات الانتامية للوريد الباب منسدة وكما أنه لا يندرج في الالتهابات الوريدية الدائرية السطحية امتداد الالتهاب من الطبقة الغمدية الى المنسوجات المجاورة واحداث القيح والخراج فيها فكذلك ينضم للالتهاب الوريدي الباب التقيحي التهاب كبدي جوهري ينتمي بتكوين الخراج في هذا العضو فيمنع وجود بورات مملئة بمواد

صد يديه محيطه بالوريد الباب وكثيرا ما تكون مستطرفة به

(الاعراض والسير)

مضى كان الالتهاب الوريدي الباب الالتصاقى قاصرا على بعض فقرعات هذا الوريد جاز أن يسير هذا المرض مدة الحياة بدون أن تظهر عنه اعراض واضحة فان الفروع البوافية الغير المتسدة تكون كافية لتوصيل الدم من أعضاء البطن الى الوريد الكبدي واما اذا كان جذع الوريد الباب هو المتسدا وجميع فقرعاته او اغلبها نتج عن ذلك حالة مرضية تشابه سيروز الكبد مشابهة عظيمة جدا فان عوقا استقراغ الدم من جذور الوريد الباب التي تحصل في كآسها تين الحالتين المرضيتين يؤدي لحصول التهابات نزلية في العشاء المخاطي العدوي والمعدوي وانزفة منهما والى تسكون عقدة سداسية وتزايد في حجم الطحال واستسقاء زرق واضغاط المسالك الصفراوية في الالتهاب الوريدي الالتصاقى ينتج عنه احتباس صفراوي ويرقان أكثر مما في سيروز الكبد فانه في المرض الاول يبقى جزء عظيم من الخلايا الكبدية سليما مجهزا للصفراء واستمرار افراز الصفراء مع حصول اليرقان في الالتهاب الوريدي يثبت ان كلامنا عن الوريد الباب والشريان الكبدي يوصل الى الخلايا الكبدية دما كافيا لتجهيز الصفراء وسير هذا المرض مزمن وشفاؤه غير ممكن الا انه يمضي عدة اشهر قبل ان يطرأ الموت باعراض مماثلة لاعراض سيروز الكبد ويتضح مما ذكرنا هذا المرض لا يعرف بتمييز عن سيروز الكبد الا من الاستدلال الواضح من السوابق المرضية فان ثبت ان المريض ليس من المنهمكين على المشروبات الروحية وسبق مجموع ظواهر هذا المرض التهابات وتقيحات مزمنة في الاحشاء البطنية ترجح القول بوجود التهابات وريدية التصاقية لاسيروز الكبد

واما الالتهاب الوريدي التقيحي فلا يمكن معرفته مدة الحياة الا في احوال قليلة جدا واعراضه هي ألم في قسم الكبد وانتفاخ فيه وازدياد حساسيته عند الضغط والتشعيرات المتكررة في أزمنة منتظمة والحى الشديدة واليرقان الذي يكاد يوجد على الدوام ومتى انضمت هذه الظواهر لالتهاب او تقيح في الاحشاء البطنية دل هذا على حصول التهاب حاد في الكبد لكن لا يعلم

ان كان هذا الالتهاب في جوهر الكبد او في الوريد الباب والذى يرجح القول بالتهاب الوريد الباب هي علامات انسداد الوريد التي تنضم الى الاعراض السابق ذكرها أعنى متى حصل اتفاح في الطحال واستسقاء في خفيف وظواهر النزلات المدية والمعوية فقد استدل من هذه الاعراض المعلم (شونلين) على تشخيص هذا المرض مدة الحياة

(المعالجة)

يقال في معالجة الالتهاب الالتصاقى جميع ما ذكر في معالجة سيروز الكبد وأما معالجة الالتهاب القيحي فتؤخذ من معالجة الالتهاب الكبدي الجوهري

(المبحث السادس)

(في الاستحالة الشحمية للكبد)

(كيفية الظهور والأسباب)

يميز الاستحالة الشحمية للكبد شكلان في الشكل الاول تتراكم المواد الشحمية المتزايدة جدا في دم الوريد الباب في الخلايا الكبدية وفي الشكل الثاني تكاد تقص الخلايا الكبدية بسبب اضطراب تغذيتها بتغيرات مرضية في جوهر الكبد استحالة مرضية ينتج عنها ظهور كرات شحمية كما يحصل ذلك في غير أخلية الكبد من الاعضاء متى كادت الاستحالة الشحمية وهذا الشكل الاخير من الاستحالة الشحمية ظاهرة مرضية لجملة تغيرات عضوية في الكبد كما ذكرنا ذلك في الكلام على سيروز الكبد وسنذكرها مرارا فيما سيأتى وانما تسلك هنا على الشكل الاول من الاستحالة الشحمية للكبد التي سماها (فريركس) بالارتشاح الشحمي للكبد فنقول

الامور التي تنشأ عنها الاستحالة الشحمية للكبد يظهر أنها مخالفة لبعضها بالكمية عند المبحث السطحي فانه ترى من جهة ظهور هذه الاستحالة عند ما يوجد ازدياد غير في تكوين الشحم في الجسم بتمامه أعنى متى كانت عناصر التغذية تزيد عما يفقد منها بحركة التحليل ومن جهة أخرى تحصل هذه الاستحالة عند حصول نموكة شديدة في الجسم ومع ذلك فهذا الاختلاف ليس الا ظاهريا فان كل واحد من هذين الامرين مماثل للآخر في تزايد كمية

المواد الشحمية في الدم غيراته في الحالة الاولى يأتي من الظاهر مواد شحمية
 او غذائية منها يتولد الشحم في باطن الجسم وفي الحالة الثانية يمتص الشحم
 الموجود في المنسوج الخلقى تحت الجلد وفي غيره من الاعضاء المحتوية على
 مواد شحمية ويصل الى الدم ومتى تأملنا الكيفية حصول الاستحالة الشحمية
 للكبد في الحالة الاولى نجد أن الاشخاص المعرضين لاكتساب هذا المرض
 بسهولة هم المفرطون في المأكول والمشروب ولا يرتاضون الا قليلا فالمرضى
 التي يكادها هؤلاء الاشخاص المستقرون على نوع هذه المعيشة تشابه
 الاحوال التي توضع فيها الحيوانات بقصد تسميتها وامتلائها بالشحم فانه من
 المعروف ان مثل هؤلاء الحيوانات لا تتعرض للشغل بل تحبس في اصطبة لايتها
 ويعطى لها مقدار عظيم جدا من الجواهر الكربونية الادرانية وكما ان بعض
 الحيوانات تسمن وقتئذ بالشحم بسرعة عظيمة والبعض الآخر لا يحصل له
 ذلك الا ببطء عظيم فكذلك الاشخاص الذين يعيشون بهذه الكيفية بعضهم
 يحصل عنده سمن مفرط واستحالة شحمية في الكبد بسرعة وآخرون مع
 ذلك يبقون نحفاء البنية ويبقى الكبد على حالته الصحية وأسباب هذا
 الاستعداد الشخصي الذي يكون احيانا وراثيا في بعض العائلات وكذا
 أسباب الصيانة عن حصول السمن والحالة الشحمية للكبد عند اشخاص
 اخر مجهولة لنا الى الآن وقد تكون ناتجة عن سهولة ارضعوبة تمام
 الاغذية كما انهم قد تنجح عن بطء او سرعة التبادل العنصري الغذائي ومتى
 كان الاستعداد واضحا حصل هذا المرض بسهولة عظيمة مهما كان
 اختلاف نوع الاغذية مادامت تؤخذ بكمية أكثر مما يلزم لاجل تعويض
 الفقد العضوي واما اذا كان الاستعداد ضعيفا فلا يحصل هذا المرض
 الا عقب تعاطي مقدار عظيم جدا من المواد الشحمية او من الكربونات
 الايدرانية خصوصا المشروبات الروحية ويظهر أن هذه السوائل الاخيرة
 تؤثر مباشرة في حركة التغذية ولأن هذا التوجيه غير ثابت ثبوتنا كافي
 من مشاهد الاستحالة الشحمية للكبد عند المصابين بالدرن الرئوي معلومة
 من منذ زمن طويل وقد وجهت هذه الظواهر والارتباط بين هذين المرضين
 بعوق النفس الذي ينتج عنه كما قيل تأكد غير تام في الكربونات الايدرانية

ومهمولة استحالتهما بسبب ذلك الى مواد شحمية لكن حيث كان من النادر حصول الاستحالة الشحمية للكبد في أمراض وثوية غير هذا المرض ينتج عنها كذلك عائق في التنفس ومن جهة أخرى حيث ان الدرن العظمى والمعوى والاستحالات السرطانية وغيرها من الامراض التي ينتج عنها الخفاقة عظيمة كثيرا ما تؤدي لحصول هذا المرض فلا يمكن اعتبار عوق التنفس سببا وحيدا للظهور والاستحالة الشحمية للكبد في الدرن الرئوي وانضم الى رأى المعلم (لري) القائل اولابان الارتشاح الشحمي للكبد في مثل هذه الاحوال نتما ينتج عن انسجانات الدم بالواد الدهنية الناتجة عن التهوكة العظيمة وامتصاص العناصر الشحمية لباقي الاعضاء كل من الملم (فربركس وبود) ويظهر ان تعاطى زيت كبد الحوت الذي يعطى بكثرة في هذا العصر لا غالب المصابين بالدرن الرئوي ابس خالبا عن التأثير في تقدم الارتشاح الشحمي للكبد عند وجوده

* الصفات التشريحية *

الارتشاح الشحمي الخفيف لا يغير حجم الكبد ولا شكله فلا يمكن معرفته الا بالبحث المكروسكوبي واما الارتشاح العظم فم فيه يزداد حجم الكبد ويصير مفرطحاذا فافات أكثر نخنا واستدارة وازدياد حجم هذا العضو قد يكون قابلا في بعض الاحوال وعظيما جدا في أحوال أخرى والغلاف البريتوني للكبد المكابة للاستحالة الشحمية يكون دائما شافا فاما لمس وقد يشاهد فيه بعض أوعية دوالية ولون سطحه يكون اما أصفر محجرا أو أصفر فقط بحسب درجة الارتشاح الشحمي وكثيرا ما يكون اللون الاصفر متقطعا بلطح صخرية مقابل للحيطة الواردة المركزية وقوام الكبد يكون متناقصا بحيث يشبه العجينة ويحفظ ضغط الاصبع على شكل انبعاج وعند شقه يوجد قابلا للمقاومة واذا احس حاد المشرط تغطت صفحتها عند الشق به بطبقة دهنية وسطح الشق الذي لا يخرج منه الا قليل جدا من الدم يكون ذا لون أصفر محجرا أو مصفورا وشاهد فيه اللطح المحمرة التي سبق ذكرها وعند البحث بالمكرو وسكوب ترى الخلايا الكبدية متزايدة في الحجم ومستديرة قلب لا ومثلثة بنقطة شحمية صغيرة وعظيمة عند اجتماع المقط الشحمية

بعضها او يكون كل خلية يتماها مشغولا بنقطة شحمية عظيمة والارتشاح الشحمي يتبدى على الدوام بدائرة لفصيصات الكبديّة أعنى بجوار الاوردة التي بين الفصيصات وهى التفرعات الانتهائية لا وريد الباب وفي بعض أحوال نادرة قد تمتد الاستحالة الشحمية الى دائرة الاوردة المركزية (وهذه الاوعية الاخيرة هى التى ينتج عن بقاؤها انفتاحها للطخ المحمرة الموشح بها السطح الاصفر للكبد) بل وحينئذ تكون الخلايا الكبديّة المركزية أقل احتواء على الشحم من الخلايا الكبديّة الموجودة فى الدائرة والبحث الكيماوى عن جوهر الكبد يدلنا أيضا عن وجود كمية عظيمة جدا من الشحم فقد وجد (ووكين) فى كبد متقدم فيه الارتشاح الشحمى ٤٥ جرام من الشحم على ١٠٠ ووجد (فريركس) ٤٣ على ١٠٠ بل أزيد من ذلك والشحم يشتمل على الاولايين والمرجارين بمقادير مختلفة ومقدار قليل من الكولسترين

وهذا النوع من الاستحالة الشحمية للكبد التى سميت بالاستحالة الشحمية للكبد تسمى (الروكتنسى) و (هوم) وهذه الحالة هى عبارة عن استحالة شحمية فى جوهر الكبد وانما يشاهد جفاف فيه بالشمع ولما من خواص شريد الصفرة

* (الاعراض والسير) *

الاعراض المحسوسة للمريض تفقد فى معظم أحوال الاستحالة الشحمية للكبد وكذا الاعراض المدركة للطبيب لا تنضح الاعراض تقدم هذا المرض تقدماعظيما وينبغى البحث عن كبد الأشخاص ذوى السمن العظيم والمصابين بالدرن الرئوى زمنا فزمننا ولولا يشتمل هؤلاء الأشخاص بتألم فى هذا العضو ففى وجد عندهم ازديا فى حجم الكبد الذى تسهل معرفته بسبب استطائته وغلظ حافته التى تسقط الى أسفل عقب استرخاء جوفه وكان غير متألم ذات سطح أملس وممتلئة قليلا بحيث لا يمكن الاحساس بالخافة السفلى دل مجموع هذه الاعراض على تشخيص الاستحالة الشحمية للكبد لاكثر مصاحبتها للحالتين المذكورتين

ومضى وصل الكبد الذى اعترته الاستحالة الشحمية الى غوص عظيم جدا كما

يشاهد ذلك عند الأشخاص المقرطين في المسالك والمشارب أمكن ان ينتج
عن ذلك احساس بامتلاء في المراق الأيمن كما يحصل ذلك عن غوا الكبد العظيم
مهما كانت طبيعته وان زادت كمية المواد الشحمية في جدر البطن واغرب
والمساريقا أيضا أمكن ان ينتج عن امتلاء البطن وتوتر جدره عوق في حركات
الحجاب الحاجز وعسر في التنفس ويشاهد عند مثل هؤلاء الأشخاص ازدياد
في افراز الغدد الدهنية بحيث يصير الجلد الماعا ومتى حصل عندهم عرق فانه
يسيل من الجلد الشحمي نغط لؤلؤية عظيمة وهذه الصفة الناتجة عن نفس
السبب الذي أحدث الاستحالة الشحمية للكبد كثيرا ما اعتبرت عرضا لهذا
المرض

ثم ان الكبد الشحمي لا ينتج عنه مكابدات عظيمة واصفراء في جدر في جبهة
الأشخاص بكمية اوتريتها الصغين غالباً ويسهل حقن او عيته ولا توجد
احتقانات في الاحشاء البطنية غالباً ومن ذلك ينتج القول بان الارتشاح
الشحمي للكبد لا ينتج عنه اضطراب في وظائف هذا العضو ولا تأثير مضر في
الدورة ومع ذلك فهذا القول ليس له أساس الا في الاحوال الخفيفة الدرجة
من الاستحالة الشحمية او المتوسطة واماً متى تقدم هذا الداء تقدم اعظما
فالغالب ان لا يوجد الا بعد الموت قليل من الصفراء في المسالك الصفراوية
وتكون المواد النشوية قليلة التلون وكل من ضعف البنية لهؤلاء الأشخاص
مدة الحياة وعدم تحملهم للاستمرار في الحياة الدموية يدل على اضطراب وظائف
الكبد كما ان (فريركس) يستنتج من وجود التمددات الدالية الكثافة على
محفظة الكبد ان انضغاط الاوعية الدموية ينشأ عنه احتقان احتبائي
خفيف امام الكبد ولا يحصل اتفاخ في الطحال ولا اسهولة غير ان النزلة
المعدية المعوية التي توجد عند هؤلاء الأشخاص أيضا يظهر انها متعلقة
باحتمالات احتباسية وزعم ريلبي وبرنس ان الاسهالات الغزيرة التي
توجد عند الأشخاص المصابين بالسل الرئوي بدون تغيرات مادية في جوهر المهي
مع استحالة شحمية في الكبد انما تتعلق بهذه الاستحالة المرضية الاخيرة وقد
قال كل من (شونلين) و (فريركس) بذلك ونحن كذلك قد شاهدنا اسهالات
غزيرة مستعصية عند اشخاص غير صابرين بالسل ولم نجد فيهم عند فعل

الصفات التشريحية تغير امر ضيقا آخر في اعضاء البطن سوى الاستحالة
الشحمية للكبد

(المعالجة)

دلالات المعالجة السببية تستدعي تنويع حالة التدبير الغذائي متى كانت
الاستحالة الشحمية للكبد ناشئة عن الإفراط في الماء كل والمشارب وفي
مثل هذه الاحوال لا يثمر الا بصاء بغير التدقيق حيث انه لا يتبع ولا ينبغي
أمر المريض بغاية الدقة بعدد الساعات التي تلزم للرياضة كما انه ينبغي تعيين
الماء كل وتركيها بشرط ان تستخرج منها مع الدقة المواد الدسمة ولا ينبغي
ان يعطى للمريض في المساء الا الشوربة المصنوعة بالماء أو الثمار المطبوخة
وكذا ينبغي تقليل استعمال القهوة والشاي وترك استعمال المشروبات
الروحية بالكلية متى انضمت هذه الاستحالة لاحد الامراض المنهكة سيما
الدرن الرئوي فلا تكون لنا قدرة على اتمام مائة دعية المعالجة السببية
واما معالجة المرض نفسه فقد اجتهدت في اتمام ما تستدعيه دلالته بواسطة
استعمال الجواهر الدوائية التي لها تأثير جيد في شفاء الاستحالة الشحمية
للكبد كما دلت على ذلك التجارب القسويولوجية فان الوريد الكبدي يوجد
محتويا على كمية من الشحم أقل مما يحتوي عليه الوريد الباب وقد شاهد المعلم
(فريركس) انه كلما زادت كمية المواد الشحمية المحتوية عليها الخلايا الكبدية
نقص مقدار متحصلاتها ولا شك ان المواد الشحمية الواردة الى الكبد في الحالة
القسويولوجية تستخدم في تجهيز الصفراء ومع ذلك يمكن ازالة ازيد المواد
الشحمية في الخلايا الكبدية متى قوى افرازها وهذا التوجيه وان كان ينما
واضحوا واطمأن هذه الدلالة للعلاجية واجبا الا انه من العسر اتمامها فاقترنا
لانهم كاد نؤمل ازيد الصفراء ازيد اعظيما بواسطة استعمال بعض
الخلاصات النباتية الخفيفة من منسوما علمنا ان الصفراء افراز لأهمية
له وأهمية قليلة في مساعدة الهضم بل انها متحصل تتعلق كل من كميته
وكيفيته بسرعة التبادل الغذائي العنصري أو يبطئه أو يتغير ان أخرى
فيه ومن الجائز ان العصارة النباتية الحديثة الاستحضار لكل من التركس اكم
والسيليديونيم ونحو ذلك لها تأثير جيد شاف في هذا المرض متى استعملت

على شكل المعالجة المحصورة بهصل الزبيح الى عمدا جراحا السليمة المرضي
 في انشقاق الفجر وتبع تدبير اغذاثا لطيفا مع الرياضة الكثيرة في الحلوات
 لكن من القريب العلة قل جدا ان هذا التأثير الجيد يتعلق بتوزيع المعيشة
 غالبا وعكس ذلك يقال بالنسبة للمعالجة بجاء كرلس باد وما ربه باد وهمير غ
 وكسجن وغير ذلك وكذلك يعتبر في النجاح الذي يحصل عليه بهذه
 المعالجة نوع المعيشة الجيدة لكن المهم في ذلك هو التأثير الذي ينتج عن
 ادخال كمية عظيمة من الحلوات المحبة القوية في التبادل الغذائي العنصري
 فانه من المعلوم انه باستعمال مياه الينابيع المذكورة يزول الشحم الزائد
 المتراكم في الجسم في زمن قليل بحيث ان أكثر المرضى يصيرون خفيفا بعد مكثه
 قدر أربعة أسابيع في كرلس باد ونحوه والسفر بالمشي مع المعيشة والتدبير
 الغذائي اللطيف لا يكتفي في احداث هذه النتيجة وقد ذكر في تأثير الينابيع
 القلوية المحبة نظريات لتجدي دعما فن جملة ما قيل مع المبالغة ان جسم
 الشخص المقيم في كرلس باد مثلا يشابه عمل الصابون واعتبر العراز الواسف
 صابونا متكونا من قلى الصودا الداخل في الجسم ومن الشحم المذاب منه
 ولا حاجة لنا في مثل هذه النظريات وانما نتمادي على ارسال المرضى ذوي
 السمن المفرط والارتشاح الشحمي الكبدى الى تلك الاماكن لكن اجراء
 ما ذكر في المرضى المصابين بتشحم الكبد عقب النهوكة العظيمة يعد من
 الخطا فان دلالات عدم استعمال المياه القلوية المحبة في مثل هذه الاحوال
 تتضح من ذاتها وعند حصول فقر في الدم ينبغي تجربة استعمال المياه الحديدية
 كما يجروفرنسبرون وكسجن وراجودتسى حتى يتأكد من تحمل
 معدتهم تلك المياه وعدمه وفي هذه الحالة الاخيرة فيجهد في تنظيم التدبير
 الغذائي ونوع المعيشة ومثل هذا التدبير يقع في الاحوال التي فيها يوجد
 عند المصابين بتشحم في الكبد اسهال

(المبحث السابع)

(في الاستحالة النشوية للكبد)

(كيفية الظهور والاسباب)

الاستحالة النشوية للكبد تنتج عن تراكم مادة مخصوصة في الخلايا الكبدية

وفي جدر أوعية الكبد طبعته ليست معروفة بالكيفية وانما تشابه النشا
بالنسبة لتأثير اليود وحض الكبريقيك فيها واظهار انه ارتكنا على التشابه
الذي اوى قد أطلق أخيرا لفظ الاستحالة التشوية للكبد على جميع الاحوال
المرضية التي كانت تسمى بالاستحالة الدهنية للكبد بسبب اللعان الدهني
لهذا العضو المكابد لهذه الاستحالة

ثم ان الاستحالة التشوية الكبدية لا تشاهد مطلقا عند الاشخاص السليمي
البنية وتشاهد على الدوام في أحوال سوء الفنية الواصلة لدرجة ثقيلة لاسيما
الناجمة عن الداء الخنازيري أو الرأكس أو الزهري أو التسمم الزئبقي
أو التقيحات الغزيرة المستطيلة أو التسوسات العظمية المزمنة واحيانا
تشاهد هذه الاستحالة عند الاشخاص المصابين بالسل الرئوي وقديوى سوء
الفنية الاجامية في بعض الاحوال الى الاستحالة المذكورة

(الصفات التشريحية)

الاستحالة التشوية الكبدية ينتج عنها غالباً ازدياد عظيم في حجم هذا العضو وثقله
وتغير في شكله مشابه لما ينتج عن الاستحالة الشحمية للكبد فانه يكون
مستطيلاً مفترطاً مخبئ الحوافي والغلاف البريتوني للكبد يكون أملس
متوتراً وتماسك هذا العضو يكون صلباً و سطح شفه يكون جافاً بالكيفية خالياً
عن الدم أملس مستوي اذا لون سنجابي ولعان دهني والشقوق الدقيقة في هذا
العضو تظهر شفافة عند تعرضها للضوء ولا تغطي سطح المنسربط ببطانة
شحمية الاعند وجود استحالة شحمية في الكبد مع هذه الاستحالة وفي
الغالب يوجد كل من الطحال والكليتين مكابد الاستحالة بمماثلة لاستحالة
الكبد

وعند البحث بالمكرو سكوب توجد الاخلية الكبدية ذات الاسطحة الكبيرة
مستديرة ومتمدة ومتصلها الخبيبي ونوياته زائفة بالكيفية ومعلقة بدلا عن
ذلك بمادة شفافة مستوية وعند وجود استحالة شحمية معها توجد الاخلية
الكبدية بخصوص الدائرية بمئاته بكرات شحمية متفرقة وعقب وضع محلول
اليود يشاهد لون أحمر معمر مخصوص بدلا عن اللون الاصفر المدهر واما عقب
وضع حض الكبريقيك في شاهد لون بنفسجي يصير مزرعاً فيه بعد

* (الاعراض والسير) *

الاتفاخ التدريجي للكبد في هذا المرض لا ينتج عنه آلام فلا تشتكي المریض ولا يتيقظ لدائها الا عند ازدياد حجم هذا العضو ازدياداً عظيماً فيملأ المراق الايمن بحيث يحدث عندهم احساس بضغط وتوتر في هذا القسم وذكر الماعلم (بود) ان الاستسقاء الزقي من الاعراض الملازمة للاستحالة الفشوية للكبد ونسب ذلك الى الضغط الواقع على تفرعات الوريد الباب وزعم انه يكفي خصوصاً عند الاطفال المنوكين من الداء الخنازيري او الاصابات العظمية وجود اتفاخ غير مؤلم في الكبد مصحوب بالاستسقاء الزقي في تشخيص هذا الداء لكن نسبة الاستسقاء الزقي في هذا المرض للنموكة الهامة وميوعة الدم اولى من نسبه الضغط الكبد مضطماً ميضائياً كما ان اذيعاً الاطراف في هذا المرض تسبق على الدوام الاستسقاء الزقي وكما ان الخلايا الكبدية المتزايدة الحجم لا تضغط في هذا المرض على القريعات الوعائية فكذلك لا تضغط على المسالك الصفراوية ولذا كان عدم وجود البرقان في هذا المرض قاعدة عامة لكن بسبب وجود بعض المضاعفات خصوصاً الاستحالة الفشوية للعقد الليفية والمجاورة لقربة الكبد البوابية يمكن ان ينتج عنها برقان خفيف أو شديد ولذا نبه الماعلم (فريركس) على انه لا ينبغي اعتبار فقد البرقان علامة شخصية للاستحالة التي نحن بصدددها ثم ان تناقص الافراز الكبدی في هذا المرض الناجم عن مكابدات الحويصلات الكبدية لهذه الاستحالة ينتج عنه قلة تلون المواد الزلالية وحيث ان الاستحالة الفشوية لا تكبد لا توجد الا عند الاشخاص الواقعين في سوء القنية فلا يمكن نسبة ضعف تغذية المريض واتقاع لونه واعتيابه الخاطبة ووجود الاورنشاحات المصلية عنده لهذه الاستحالة فقط وحيث ان ديوسس تشخيص هذا المرض في الغالب على معرفة اسبابه ووجود ورم صلب مدرك بالجلس في المراق الايمن مع وجود ورم في الطحال أيضاً وزلال بولي وباعتبار وجود ما ذكره سهل تشخيص الدرجة العظيمة في هذا المرض

* (المعالجة) *

ليس من الاكيد ولا القريب للعقل ان الكبد المسكبة للاستحالة الفشوية

ينول تغيره فيصغر حجمه ويعود الى الحالة الطبيعية ثانية ولو قال بذلك بعض
المؤلفين ولذا كان ما اوصى به المذموم (بود) في هذا المرض من استعمال الدلائل
بالمراهيم اليهودية على قسم الكبد مع التكرار لا يعاب به ولا فائدة فيه ومن
الموصى به في هذا المرض بكثرة استعمال الاستحضارات اليهودية من الباطن
والاسمائها رب بودور الحديد والجمادات الخبيثة والاستحضارات الحديدية
وهذه الاستعمالات الدوائية وان شك في انها تزيل هذا المرض لا بد وانها
تساعد على ايقاف سيره وتقدمه اذ من المعلوم ان اليود ومركباته كما انها
نوعية في الاوقات الزهرية الثلاثية كذلك تؤثر جيداً في آفات ديسكرازية
أخرى وكذا المركبات الحديدية فان منفعتهما في مثل هذه الاحوال مضاربة
للفقر الدموي واتخاذ أحدهما من الجوهرين الدوائيين مقوض لفعالة
الطبيب على حسب مقتضيات الاحوال

(المبحث الثامن)

(في سرطان الكبد)

(كيفية الظهور والاسباب)

الكبد كثيرا ما يصاب بالسرطان بحيث انه يوجد به المشاهدة (بروكتسكي)
في كل خمس حالات من الاستحالات السرطانية للأعضاء المختلفة حالة من
سرطان الكبد وذكرا المذموم (ايلسر) أنه وجد هذا المرض ثلاثاً وخمسين مرة
في أربعة آلاف صفحة نشر بحجة بحيث يوجد في كل ثمانين جثة تقريراً بحالة
من هذه الاصابة وكثيراً ما يكون سرطان الكبد اولياً وفي أحوال أخرى
يعقب سرطان المعدة والمستقيم وغيرها من الاعضاء وكثيراً ما يعقب
استئصال أورام سرطانة من ظاهراً الجسم

واسباب سرطان الكبد كبقية أنواع السرطانات مجهولة وقد ذكر المؤلفون
انه يشاهد في الاطفال المتقدمين في السن اي الذين سنهم من ٦٠ الى ٧٠
ويصيب الذكور أكثر من الاناث وأن من الاسباب المقترحة للضررات
او السقطات على المراق الايمن وقد كمية عظيمة من الدم والجينات المتقطعة
المستطيلة وانقطاع الحولات المختلفة انقطاعاً جانياً والتباعد عن التدبير
الصحي سيما الافراط من المشروبات الروحية لكن جميع ذلك غير مؤسس على

مشاهدات قطعية

* (الصفات التشريحية) *

أكثر أشكال السرطان حصولا في الكبد هو النحاشي وقد يكون نارا أو راما
محدودة تحديدا واضحا ونارة يمتد منتشرا بدون حدين الخلايا الكبدية
في الأولى يشاهد في الكبد أورام مستديرة غدية قصيبية محاطة بحفظة
خلوية رقيقة كثيرة الوعائية ويظهر فيها عند قرب من البريتون تفرطح
أو انبعاج سطحي ويسمى بالسرة السرطانية ويختلف حجم هذه الأورام
وعدد هافيكس كون من حجم البسلة إلى حجم رأس طفل وتكون إما وحيدة
أو متعددة وكلما كانت بالقرب من سطح البريتون ظهرت تحديات وبروزات
على سطح هذا العضو وتماثل هذه الأورام إما أن يكون في قوام الشحم
الصلب أو قوام المادة النخاعية اللينة وعند الضغط على الأورام السرطانية
الرخوة يسيل منها مادة لبنية غزيرة بخلاف الصلبة فلا يسيل منها إلا القليل
من هذه المادة ويختلف لون الأورام باختلاف أوعيتها كثرة وقلة فإما أن
تكون بيضاء لبنية أو حمراء وقد تكون جراءدا كثة عقب غزقات وعائية أو
مسودة يتراكمات بجمتية فيها والأجزاء المصونة عن الإصابة السرطانية من
جوهر الكبد تكون في حالة احتقان شديد تساعد على تمددها هذا العضو
وإزداد حجمه إزداد أعظيما ولا يندران يكون جوهر الكبد ممتلئا بلون
اصفر فاقع عقب انضغاط المسالك الصفراوية واحتباس الصفراء والاخلية
الكبدية المجاورة لهذه الأورام السرطانية يعثر بها غالبا استحالة شحمية وفي
الغالب يحصل في الغلاف المصلي للكبد أعلى الأورام السرطانية التهابات
مزمنة جزئية بهيات كائن هذا الغلاف ويلتصق بما حوله من الأجزاء وفي
أحوال أخرى يتكون فيه مواد سرطانية تمتد إلى جميع أجزاء البريتون ثم إن
تكون الانبعاج السري السرطاني في سرطان الكبد ينشأ كغيره من أنواع
السرطان عن ظهور أجزائه القديمة التي تكابد عناصرها الخلوية استحالة
شحمية فتشتمكش وقد يشاهد هذا الضور تمتد في جميع أجزاء سرطانية
بحيث لا يبقى منها إلا مواد مصفرة هشة منحصرة في منسوج خلوي منكمش
(وهو الغلاف الباقي من السرطان) وإن وجد بجوار هذه المواد القديمة

أورام سرطانية حديثة في الكبد فلا يشك في أنها كانت من طبيعة سرطانية وان لم تشاهد أورام سرطانية حديثة بجوارها وقع الشك في كونها آثار أورام سرطانية شفيت أو بقايا تغيرات مرضية أخرى وكثيرا ما يلين السرطان النخاعي فيؤدى الى التهاب يرتوى حديث ونزيف خطري في تجويف البطن وأما الشكل الثانى من السرطان النخاعي الذى سمىه المعلم (دوكنفسكى) بالارتشاح السرطاني ففيه توجد أجزاء عظيمة من الكبد مستحيلة الى مادة سرطانية مبيضة وكل من الاوعية المنسدة والمسالك الصفراوية المجاورة لبقايا الاخلية الكبدية الواقعة في الضمور والاستحالة الشحمية المتراكم فيها مادة بجمتية صفراوية تمتد في هذه المواد المبيضة على هيئة أشربة أو صفائح غير منتظمة والارتشاح السرطاني ينتقل من الدائرة الى الجوهر السليم من الكبد بالتدريج بحيث يوجد محال تتسلطن فيها المواد السرطانية وأخرى الاخلية الكبدية وأما السرطان الهلامي الذى يكاد يكون مجلسه الوحيد المعدة والمخى والبريتون فقد يمتد الى جوهر الكبد وفي حالة شاهدها المعلم (لوسكا) كان الكبد جميعه مستحيا الى مادة سرطانية غير منتظمة من طبيعة هذا السرطان

ومن النادر جدا مشاهدة السرطان البشرى في الكبد فيكون على هيئة تعقدات صغيرة متفرقة من طبيعة هذا السرطان وقد ينضم الى سرطان هذا العضو سرطان الوريد الباب وفيه يمتلئ كل من أصل هذا الوريد وجذوعه وفروعه بسدة من مادة سرطانية قليلة التماسك وفي حالة شاهدها كانت على خلاف ذلك بمعنى ان سرطان الوريد كان مضاعفا بسرطان المعدة وكان سرطان الكبد الذى في الجثة ناشئا مع غاية الوضوح من امتداد الاستحالة السرطانية للوريد الباب الى جوهر الكبد

(الاعراض والسير)

حيث يتردد ان يكون سرطان الكبد اوليا وغالبا يكون ملازما لآفة في المعدة من نفس هذه الطبيعة تكون الاعراض الخاصة به عسرة التمييز وقد يبتدأ بمحنة في بعض الاحوال النادرة خصوصا التى يكون فيها هذا الداء اوليا ومنفردا بحيث يتقدم تقدماعظي بدون ان يعرف لكن غالبا يهجم

باضطرابات مختلفة واضحة جهة القناة الهضمية كفقْد الشهية وتغيرها تغيرا
غير طبيعي والتجشؤ الغازي وعسر الهضم لكن جميع هذه العلامات تنسب
لمرض المعدة المصاحب له وفي دور كثير التقدم او قلّبه من هذا المرض يحس
المريض غالباً بالم في المراق الايمن يختلف كثيراً بالنسبة لقيمة فتارة يكون
راضاً وتارة ناخساً وهذا هو الغالب وهو وان كان منشؤه في المراق الايمن
يتشع الى اتجاهات مختلفة وتارة يكون قارصاً بشدة وهذا الالم يزداد بالحركة
والضغط واهم علاماته الناتجة جدا هي التي تنتج من تزايد حجمه وذلك بان
يحس عند المريض بواسطة الجس غالباً بحافة الكبد المجاورة للاضلاع
الكاذبة في جميع امتدادها او بعض اصقار منها وتكون ذات مقاومة عظيمة
عند الضغط عليها ولا يندramتداد الكبد امتداداً عظيماً بحيث يصل الى السرة
او العظام الحرقفة وحيث يكاد يوجد على الدوام كتل سرطانية منقشرة في
جميع سطح هذا العضو يحس فيه بأورام صلبة كثيرة أو قليلاً ذات مقاومة
ومؤنة وذات تحدبات احيا نواحيها بالايوجد الاورم واحد واذا كان
السرطان مصيباً لجميع جواهر الكبد يحفظ هذا العضو شكله الاصلي
بحيث لا يعرف غالباً بالجس الاصلابة حافته المجاورة للاضلاع ويعرف
بواسطة القرع تزايد حجم هذا العضو وامتداده في البطن وتجويف الصدر
والبرقان يعد أيضاً من جملة اعراض سرطان الكبد الا انه ليس دائم الوجود
وهذا بسبب الضغط الواقع على القنوات الصفراوية وكثيراً ما ينتج عن هذه
الآفة أيضاً الاستسقاء الزقي الذي يحصل امان وجود أورام سرطانية
ضاغطة على الاوعية الغليظة البطنية أو الضغط الواقع عليها بسبب تزايد
حجم الكبد

ويوجد زيادة عن هذه الاعراض الرئيسة لسرطان الكبد اعراض أخرى
ناشئة عن اضطرابات الوظائف الهضمية كعسر الهضم وتغير الشهية
وامساك يتعاقب مع امهال يستقر نحو انتهاء المرض واذا كان حجم الكبد
عظيماً جدا حصل عند المصابين به عسر في التنفس ومتى تقدم هذا المرض
انضم لذلك اعراض الديسكرازيا السرطانية وتغير التغذية العامة فاذالم
يوجد البرقان صار الوجه باهتاً وتلون بالصفرة الخفيفة أي اللون التقي أي

الذي يوجد في جميع الامراض السرطانية ثم تتقدم الخفاة فتقدم عظميا
وتقع المرضى في النوبة المؤدية الى الانتهاء المحزن
ثم ان سرطان الكبد ذو سير مستقر بطي غير انه نحو الانتهاء في الدور المسحي
بدورا للين يصير سريرا ومدة طويلة فقد يمكث أكثر من سنة وانتهائه محزن
دائما ما بذاته او بسبب آفة سرطانية أخرى او مضاعفة بالتهاب بريوني او
معوى او بليوراوى

(التشخيص)

في كثير من الاحوال يتميز سرطان الكبد عن ضخامته البسيطة والتهابه
المزمن بل وعن اورامه المتكيسة سيما اذا كانت غير سطحية والعلامات الدالة
عليه في الاحوال الواضحة هي تعب والحمى المراق الايمن تحتاف شدته يكون
من زمن طويل وازدياد حجم الكبد وظهور اورام متفرقة على سطحه محتافة
الصلابة وحصول تخافة عظيمة مصحوبة باللون الاصفر المتبقى كما في
الامراض السرطانية غالباً فان تحقق مع ذلك من وجود سرطان المعدة كان
التشخيص يقينيا وفي الاحوال المشكوك فيه يمكن فعل بزل استقصائي

(الحكم على العاقبة)

السرطان الكبدي خطر للغاية كما لا يخفى ويشهد خطره عند اضطرابات
الوظائف الهضمية وظهور الاستسقاء او مضاعفة أخرى من جهة الرئة
او البليورا فان سير المرض يصير سريرا جدا

(المعالجة)

معالجة هذا الداء لا تكون الانسكيفية فيستعمل وضع العلق اذا حصل التهاب
بريتوني جزئي واحداث آلام شديدة وتقاوم الآلام الناجمة بالحراريق
الطيارة والوضعية المليئة وينبغي مقاومة الاعراض الالتهابية من نحو القيحة
الهضمية حال ظهورها فيقاوم الامساك بالمسهلات الخفيفة كالمزيت وزيت
الخروع والاملاح المتعادلة ويقاوم الالتهاب بالحقن المضاد اليها اللودنم
وتعطى قليل من الافيون ويلزم الطبيب الاتفاقات للتدبير الصحي ومعالجة
المضاعفات حسب ما تقتضيه الحالة الراهنة واجبا نايستدعي الاستسقاء
الزقي الذي يضاعف كثيرا سرطان الكبد عملية البزل

* (المبحث التاسع) *

(في درن الكبد)

لا يكون درن الكبد اوليا مطلقا بل ينضم دائما لدرن في غيره هذا العضو
او يكون ظاهرة للدرن الدخني الحاد وحينئذ ترى تحبيبات قليلة الشفافة
كحجم الدخن سنجابية اللون منتشرة على السطح الظاهري من الكبد وعند
وجود درن متقدم في المهي أو الرئة توجد مواد درنية جبنية في الكبد صفراء
احيانا في حجم حب الشنارق او البسلة ومن النادر ان ينتج عن تلاشي هذه
المواد جيوب ممتلئة بصديد درني والغالب انها تضغط على القنوات الصفراوية
الشعرية فتؤدي لتقيد في اجزائها الكاثنة خلف الاصفار المنضغطة وبذلك
تتشأ تجاوب في حجم الدخن او البسلة ممتلئة بمواد صفراوية مخاطية لا تتخلط
بالكهوف الدرية ولا يمكن معرفة درن الكبد مدة الحياة

* (المبحث العاشر) *

(في الاورام الديدانية الحويصلية للكبد المعروفة بالايكنوكوك)

(وهذه اللفظة المركبة معناها الديدان الحويصلية ذات الخراطيم المتوجة
بتاج من كلاليب)

نسبة هذه الديدان للديدان الايكنوكوكية الشريطية كنسبة الديدان
الحويصلية الخلائمة للدودة الشريطية الوحيدة بمعنى انها عبارة عن الفقس
الحديث الخالي عن اعضاء التناسل من تلك الدودة التامة التكوين والتجارب
الجديدة التي فعلت في الحيوانات التي ادخل في غذائها الايكنوكوك
المأخوذ من جسم الانسان وان لم يتحصل منها على نتائج ثابتة الا انه يمكن
احداث الديدان الشريطية الايكنوكوكية في امعاء الحيوانات التي صار
تغذيتها بالايكنوكوك المأخوذ من حيوانات أخرى غير الانسان

والكيفية التي بها يصل بيض وجروثة الديدان الشريطية الايكنوكوكية
الى كبد الانسان حتى تنمو فيه ويتكون عنها حويصلات ايكنوكوكية
مجهولة وهذه الديدان توجد بكثرة في جزائر لانده حتى انه ينتج من قول أطباء
هذه الجهة ان غن المرضى الذين يعرضون عليهم بل ان كل واحد من سبعة
يكون مصابا به هذه الديدان في أجزاء مختلفة من الجسم ويظهر من القياس

والثالثة اوبم ان وصول هذه الديدان لباطن الانسان يكون بالكمية الآتية
وهي ان الحيوانات الموجودة في باطنها الديدان الشريطية الايكنو كوكية
بنسبة من ازمنا فمننا بعض عقل تامة المتكون مع المواد البرازية وان
البيض والجراثيم المحتوية عليه هذه العقل يختلطان بمياه الشرب بكمية
تأو بالمطعومات التي تؤكل نيئة فينمذمتي وصات هذه الجراثيم الصغيرة الى
باطن القناة الهضمية تثبت بكلاليبها السنة جذرا المدة أو المهي وسجت
بعمدا حتى تصل الى الكبد وحينئذ فالجراثيم الميكروبية تفتتح
ويتكون عنها حويصلة عظيمة فينوع على سطحها الباطن عدد عظيم جدا
من فقس الديدان الشريطية غير تام المتكون وغالبها يتكون زيادة عن هذا
الفقس النامي في باطن المانانات الامية حويصلات أخرى متولدة منها تعرف
ببئات الحويصلات وعن بئات البئات المحتوية على الفقس أيضا

والظاهر ان وجود هذه الديدان الحويصلية في جزيرة ازلانده وطيني ناتج كما قاله
(كيشن ميتستر) عن وجود عدد عظيم من الكلاب التي تربي في هذه الجزيرة
وعن درجة حرارة مياه الأنهر الفاترة المدة لشرب أهل هذه الجزيرة فالظاهر
ان الكلاب تزدرد هذه الحويصلات المنقذفة امامن القم أو الاست
أو الايكاس المنقذمة حيث لا يعتنى بإزالة هذه المتحصلات فضلا عن مساعدة
المياه المذكورة على نموها تيك الجراثيم كما تساعد على نمو جميع الحيوانات
الذائبة الرتبة وزعم الطبيب المذكور ان هذه الديدان متى وصلت الى معي
شخص وبوطنت جسمه تنمو وتستحيل الى ديدان شريطية كما ان جراثيم هذه
الديدان الموجودة في معي شخص تنسج نمو الكبد وتستحيل الى حويصلية
* (الصناعات التشريحية) *

الايكاس الذي يكون كوكية متكون في الكبد اما فرادى او متعددة بكثرة وهي
في الفص اليميني أكثر من اليساري ويستتلف حجمها من الحصة الى قبضة اليد
او الى رأس الطنل ومتى عظم حجمها وكثرت عددها ازداد حجم الكبد ازديادا
عظيما وما كان وضعه غائرا من هذه الايكاس في هذا العضو ومحاطا بجوهره
لا يغير شكله الا قليلا واما الايكاس العظيمة الموضوعة على سطحه الظاهر
فانما تبرز منه بروزا عظيما على شكل كرات صغيرة او عظيمة فينشأ عنها تشوه

عظم. ثم في شكل الكبد والايكاس الدائرية تكون محاطة بغلاف بريوتي
شديد الالتصاق وجوهر الكبد يتلاشى ويضمحل بنو هذه الحيوانات الطليعية
بحيث يفقد معظمه وما بقي منه يكون كثير الدم بسبب احتقانه الاحتمالي
والحويصلات الديدانية تكون محاطة بمحطة ليمفية كثيفة ناتجة عن
تكونات خلوية ومع ذلك يسهل نزاعها أو ما الغشاء المكون للحويصلات
نفسها فيكون رقيقاً نصف شفاف كزلال البيض المنعقد وبالمبحث عنه
بالمكروسكوب يظهر أنه متكون من عدة صفحات متركة فوق بعضها كثيرة
الرقعة وعند فتح هذه الحويصلات يخرج سائل شفاف مصلى فيه عدد عظيم من
حويصلات ثانوية (أي بنات الحويصلات الامهات) وهذا السائل يحتوي
تقريباً على ١٥ جزءاً من المواد الصلبة من الفبرين وليس فيه مادة زلالية بل
املاح سيمالط الطعام ويوجد فيه أيضاً بعضا (لهينتس) ٣ أجزاء من كهرمان
الصودا وتركيب الحويصلات الثانوية يشابه الحويصلات الامية وحجمها
يكون من حبة الدخن الى الفندقة والعظيم منها يسبح في هذه الحويصلات
واما الصغيرة منها فيتثبت بسطحها الباطن واما الحويصلات الثلاثية (أي
بنات البنات) التي لا توجد الا في باطن الثانوية العظيمة فيقرب حجمها من
رأس الدبوس ويوجد في السطح الباطن من جميع هذه الحويصلات نوع
مادة تراقبية مبيضة وبالمبحث عنها بالمكروسكوب يرى فيها عدد عظيم جداً من
الديدان الشعرية بطيئة غير تامة التكوين أو نقصها وطول كل منها ربع ملليمتر
وعرضه ثمن ورأسها غليظ موشح بأربعة محصات وخرطوم محاط بصفيين من
الكلاليب ويكون الرأس منفصلاً عن الجذع القصير بجزء محتمل على رؤس
كاسية عديدة مستديرة أو بيضاوية وغالباً يكون الرأس داخل الجذع
بحيث يظهر أن شكل هذه الحيوانات مستدير أو هرمي كشكل القلب
ويكون ناج الكلاليب شاغلاً للمركز ويندغم في الطرف الخلفي من هذه
الحيوانات ذنب قصير يلتصق به هذه الحيوانات ثم يتفصل فيما بعد ويسبح
في السائل

والديدان الحويصلية كثيرات تلك فيمبط كل من الحويصلات الاولية
والثانوية فتتمسك بها ثم يستحيل الى مادة شحمية او مادة ضامة كثيفة

تشتل على املاح كاسية وشحم وكولسترين ولا يبقى من هذه الحيوانات
 الا بعض كالايب تشابه كما قاله (بود) اسنان او عظام بعض الحيوانات
 العظيمة التي تبقى بعد موتها زمنا طويلا وفي أحوال أخرى يمتد الكيس
 شفا فشا حتى تمزق فاذا انفجر مع ذلك الغلاف البريتوني المتمدد انسكب
 المتحصل في تجويف البطن فينتج عن ذلك التهاب بريتوني شديد وبذلك يلتصق
 الكيس أيضا بالأعضاء المجاورة بحيث يستقر عند انفجاره في المعدة او المعى
 او المسالك الصفراوية او الاوعية الغليظة المجاورة او البلعوم رابعا تمدد الحجاب
 الحاجز وورقه وانفجاره بسبب ضغط الكيس عليه بل وقد يستقرغ متحصل
 الكيس في الشعب بعد التصاق البلعوم رابعا تمدد الحجاب الحاجز وورقه
 أخرى قد ينتج عنها التهاب في الاجزاء المحيطة وعلى الخصوص في الغلاف المحيط
 بها وحينئذ تظهر اعراض التهاب في الكبد وتتهيج شديدا وتقعج في الكيس
 نفسه وفيما حوله من اجزاء الكبد والخارج المتكئون في الكبد بهذه الكيفية
 يمكن ان ينفتح الى الظاهر او الباطن وفي الحالة الاولى يشاهد متحصل
 الحويصلات محتطابا بالصيد

* (الاعراض والسير) *

قد تحقق لنا من المشاهدات اليومية ان الاورام الديدانية الحويصلية كثيرا
 ما تتكون في الكبد بدون ان ينتج عنها أدنى عرض وبدون معرفتها سنيين
 عديدة وغوهر هذه الاورام الحويصلية البطيء هو السبب في فقد الاعراض
 مدد طويلة ابتداء بحيث لا يعرف غالباً هذا المرض باعراض مدركة لأمريض
 بل يظهر ورورم في المراق الابن ومعرفة ذلك اما من المريض او الطبيب ومتى
 تمت هذه الاورام وكذا الكبد غوا عظيما يمكن ان ينتج عنها الاحساس
 المخصوص المذكور بكثرة وهو التوتر والضغط في القسم الشراسيفي والحجاب
 الحاجز بسبب اندفاعه الى أعلى يحصل في وظائفه عوق وكذا الضغط الواقع
 على الفص السفلي من الرئة اليمنى وحصول الاحتقان الجانبي التقيمي في
 الاجزاء غير المنضغطة من الرئة يمكن ان ينتج عنه ضيق التنفس والالتهاب
 الشعبي النزلي وكذا يمكن ان يشاهد كل من الاستسقاء الزقي والميرقان بدرجة
 مختلفة عقب الضغط الواقع على فريعات الوريد الباب والمسالك الصفراوية

الصغيرة والقنوات الموزعة للصقراء ومع ذلك فهذه الظواهر جميعها بادرة
الحصول

والذي يستدل به بالاكثر على هذه الاورام ويتوصل به الى تشخيصها البحث
الطبيعي فان الايكاس الحويصلية تقي وصات الحنجرة وتزيد في كثرتها
معرفة ما يجد النظر فانها تحدث تحت باعظيم في الرائي الايمن يمكن امتداده
الى قسم السرة قبل والى المراق الايسر والورم الناتج عن ذلك وان كان حافظا
اشكل الكبد الا انه يوجد على سطحه تحديات تحتلقة الحنجرة ومع ذلك فان
الجهة اليمنى من الصدر تمتد وتبرز الاضلاع اليمنى الى الخارج وبالجس
يحس بتزايد حجم الكبد وبالصفة الكريهة المحذبة لسطحها الظاهر وهذه
لتحديات تظهر في امر ونة عظيمة جدا أكثر مما تحدثه التحديات السرطانية
الرخوة جدا وصوت القرع يكون اصم في جميع امتداد الكبد وعند دفق
القرع يحس احيانا بقوجات مخصوصة مع اهتزاز خفيف يسمى بالتقوج
الحويصلي وهذا التقوج كالذي يحس به عند القرع بالاصم مع على مادة
هلامية متكايفة والمعلم (بيوري) يسمى ذلك بالاهتزاز الحويصلي

ولا يعتبر من اعراض انتهاء هذا المرض الثلاثي التدريجي للايكاس الديدانية
فان هذا الانتهاء لا يحصل الا في الايكاس الصغيرة غير المدركة ومتى انفجر
الكيس في تجويف البطن نبعث عن ذلك اعراض مشابهة بالسكبية انفتاب
قرحة معدية بحيث لم يتيسر لطبيب تشخيص الايكاس وقع في حيرة لهذه
معرفة السبب الاصل لان التهاب البريتوني وطبيعة المتكسب المنسكب في البطن
وفي هذه الحالة عموما قبل من الايام ثم لك المرضى بسرعة من التهاب البريتوني
ذي السيرة الحادة ولا يمكن تشخيص انفجار الايكاس الحويصلية الا اذا
وجد بعض قطع منها في مراد التي أو البراز والنفس في نتج من الكيس
الحويصلي التهاب في الاجزاء السكبوية الجوار ووله صار لرومها اجدا باضعف
وشوهة حصول قشعريرة واعراض حمية وظهرت اعراض التهاب الكبد
التقيحي بجميع انتمائه التي ذكرناها فيما تقدم فاذا انفتح الخراج الى الظاهر
أمكن أن يشاهد في الصديد بعض أجزاء من طبقات الايكاس المتراكمة فوق
بعضها وبعضها متصل من تيجان كلالها

* (المعالجة) *

قد أوصى في الاورام الحويصلية الديدانية للكبد باستعمال المكملات
المصنوعة من محلول صر كرم من ملح الطعام على قسم الكبد وقد زعم (بود) انه
بواسطة قوة الجذب الخصوصي والشرابية العظيمة للحويصلات بالنسبة
للكلور والصدويم يتم تفهذهذا الملح في سائل الديدان الحويصلية ويمنع
تزايدها ونموها بل يهلكها بالسكبية كما ان بعضهم أوصى باستعمال المركبات
اموية والزئبقية زعموا بأنها تقتل الحيوانات الطفيلية بل واستعمل بعضهم
الجواهر الدوائية القاتلة للدود في هذا المرض ولم يجد كل ذلك تفعا والاصحاء
هم مؤسس على نظريات علمية لا تجارب فاذا أريد استعمال أحد هاتين الأولى
انتخاب ما لا مضرة من تأثيره على الجسم والظاهر ان علمية فتح هذه الايكاس
في جزيرة ازلانده كثيرة الحصول وما في بلادنا فقد اعقب احبانا فتحها
عوارض خطيرة فلذا ينبغي قبل فتح الايكاس التمسك بجميع الاحتياطات التي
تفعل عند فتح خراج الكبد

* (لمبحث الحادى عشر) *

(في الاورام الايكوكية المتعددة الجيوب)

* (كيفية الظهور والاسباب) *

كثيرا ما وجد في العصر المستجد عند فعل الصفات التشريحية ان اجزاء عظيمة
من الكبد مستحيلة الى ورم مخصوص متكون من طبقة خلوية وعدة من
الجيوب المختلفة الاتساع مملئة بمواد هلامية وقد اعتبر الاقولون من
المشاهير لهذه الاورام انها نوع من السرطان ذى الجيوب اى الهلامى
اكن المشاهدات المكروية الا كيرة ايدت ان متحصل هذه الجيوب
الهلامى متكون من العناصر والاجزاء الخاصة بالديدان الحويصلية
وأكدت أيضا انها نتيجة عن سحج وسريان هذه الديدان

وكيفية منشأ هذه الاورام السممة تبعا للمعلم (ورجوف) بالاورام
الايكوكية الجذبية ليست واضحة اكن من القريب لا على جدا ان
منشأ هذه الاورام ليس ناتجا عن اختلاف نوع الحيوانات الطفيلية بل ناتجا
عن نوع سحجها وسريانها لخصوص وعن مجلسها ونموها وقد زعم المعلم

المذكور ان شكل هذا المرض يحصل عن سبع جرثومة الديدان المذكورة في الاوعية الليفية والكبدية وان ايكاس تلك الاورام تتكون في باطن هذه الاوعية وذهب ليكهرت الى أن التغيرات المذكورة تحصل في الاوعية الدموية وذهب فريدرش وكان قد وجد في الحماة التي شاهدناها املاء القناة الكبدية بالمواد الايكنوكوكية الى ان تكونها انما يحصل في المسالك الصفراوية وقد حرى المعلم (كيشن ميتستر) خطا باشتغال على التجميعه الا في الذي اظن انه بسيط واضح وهو انه يشأ ورم ايكنوكوكي متعدد الجيوب بدلا عن شكل المرض المعتمد من الايكاس الديدانية متى لم يتكون حول جرثومة هذه الديدان محفظة خلوية وان تلك المحفظة ينفقها هذا الحيوان الطعيلي قبل ان تصير سمكة ذات مقاومة وحيث انه عند فقد المحفظة المندمجة تسبح هذه الديدان وتسير الى جميع الاتجاهات فانها تسرى الى المحال القليلة المقاومة فان وصلت الى احدى القنوات الممتدة في الكبد او ثقت في أنسائها احدى هاتيك القنوات سبغت في باطنها حتى تملأ شيئا فشيئا بجمع تلك القنوات وحيث أن كلا من ورجوف وليكهرت وفريدرش قد تحصل على نتائج مغايرة في ابحاثه الدقيقة المعتمدة عليها ولا بد بحيث ان كلا منهما وجد المواد الايكنوكوكية مائة لخمسة لخمسة من الكبد ساغ لقنا القول بان سبع هذه الحيوانات الطعيلية في الاوعية الليفية والدموية والمسالك الصفراوية وثقها له جائز وان كلا من هذه الاجسام مع القنوية قد يكون مصونا عن وجود تلك التغيرات فيه

* (الصفات التشريحية) *

تكاد الاورام الايكنوكوكية الجلية ان يكون مجلسها الفص اليميني من الكبد لكن شاهدها في حالة من ثلاثة أحوال ان مجلسها كان في الفص اليساري من هذا العضو وعظم هذه الاورام قد يصل الى حجم الرأس بل أكبر من ذلك والطبقة الخلوية يكون قد اعترها استئصال شحمية متقدمة والجيوب التي تنفتح عند شق تلك الاورام تشابه بالكلية التجاويف التي توجد على سطح الخبز الهش النضيج جدا عند شقه وعند البحث بالمكروسكوب عن المواد الهلامية المحتوية عليها تعرف الاغشية الواصفة للايكنوكوك

المشتبهة على تراكمات كاسية عديدة متغيرة وكبيرة بل وبالبحث الدقيق المستطيل
يمكن وجود تيجان من الكلايب أو بعض الكلايب ويندر وجود قسم
تام من تلك الديدان الا في حالة قد شاهدتها وجد في دائرة الورم حويصلات
في حجم الكرز مرصعة في سطحها الباطني بعدد عظيم من الفقس والجراثيم
التامة وما عدا هذه الحالة من الاحوال المعلومة ففيها وجد مركز الورم
متقيحا والتجوييف الناشئ عن هذا التقيح مشقلا على سائل عكر ذي لون
اسمر سنجابي متسكون من بقايا تلك الديدان وتراكمات كاسية وكرات شمعية
وبلورات كوليستيا وفيه وجد هذا التجوييف الغير المستوي يكون
ذالون وسخ تراجي مشتمل عند النظر اليه بالمكرب على بلورات ظريفة
هما تود بنية

* (الاعراض والسير) *

الاعراض الناشئة عن الاورام الاكثو كوكية المتعددة الجيوب تختلف
بحسب تسكون تلك المواد الديدانية في أحد الجسام مع القنوية من السكبد
وسلامة الباقي منها وانسداده وبهذا يتضح الامر المعلوم من أن مجموع
الاعراض الواصف لتلك الاورام الذي يبينه (فردريش) يطابق بالكلية
بعض أحوال من هذا المرض مطابقة تامة حتى به ولا يسهل تشخيصها
وفي أحوال أخرى تفقد الصفات الواضحة الدالة عليها والشرح الآتي
لمجموع اعراض المرض مرتكن فيه الى عدد عظيم من مشاهداتنا الى
البيان الواضح لمشاهدات بعض أحوال لغيرنا

فهذا المرض يتبدى ولا بد بـكيفية كامنة واعراضه الابتدائية لا تظهر
غالباً الا بعد عظم حجم الورم فبعض المرضى لا يستيقظون لوجود ورم في
بطونهم الا من الاحساس بضغطة متعب في المراق الايمن عندهم اوباء الامهم
بوجود هذا الورم فيهم ولا يشتكون بشئ سوى ذلك ويكون كل من الشهية
والهضم عندهم على الحالة الطبيعية فلا تضطرب قواهم ولا حالة تغذيتهم
ويقتد كل من البرقان وظواهر الاحتمقان الاحتماسي بل يدور الورم بالباب
وعند البعث عن البطن يوجد ورم عظيم في المراق الايمن متعلق بالكبد
وهذا العضو اما ان يكون حافظا لشكله الطبيعي او يوجد على سطحه تحديات

سطحية كما يحصل في أصابته السرطانية والزهرية ويكون ورم الكبد هذا
عظيم المقاومة ولو كان فيه تقبج مر كزى عمدا ولم يشاهد فيه تقبج أصلا
الافى حالة شاهدها المعلم (جر سنجبر)

ثم ان ظهر هذا المرض وسار به هذه الكيفية فلا يمكن معرفته مع التأكد
ولا تميزه عن غيره من أمراض الكبد سيما سرطان الكبد وورمه الزهري ففي
احدى الحالتين اللتين شاهدتهما وكنت في الاولى منهما زعمت وجود سرطان
متقبج عظيم في الكبد كان حصول الموت بواسطة سكتة دماغية ولم يأت
للطبيب المعالج الوقوف على حقيقة الورم الكبدي ذى التحدبات والصلابة
الجريئة مع انه كان ملاحظا لسيروه من عدة سنوات ولم يشاهد عند المريض
في السنين الاخيرة من الحياة ظواهر يرقانية وانما كان قد اعتراه من منذ
عشر سنين قبل مماته حالة يرقانية خفيفة قصيرة المدة وأما الحالة الثانية التى
لوحظت بالدقة فى الاكلينك الخاص بنامدة جملة اشهر فقد انضم فيها الى
الاعراض السابق ذكرها بول زلالى واستسقاء الحى وكان قد ظن ان المريض
هالك بورم زهري فى الكبد مع استحالة نشوية فى الكليتين ولم يتحقق بالصفة
التشريحية للجثة الامن تشخيص المرض الاخر فان الكبد وجد محتويا
على ورم اكنوكوكى متعدد الجيوب فى عظم حجم الرأس بدلا عن الورم الزهري
والمريض الاخير هذا لم يصب مطلقا باليرقان وفى كليهما كانت المسالك
الصقراوية سليمة بالكلية

ثم ان تلك المشاهدات لا تنافى فقط قول الشهير (فريدريش) القائل بأن
اليرقان عرض ملازم للاورام الاكنوكوكية المتعددة الجيوب بل انها
تثبت كذلك انه فى الاحوال التى فيها لا تنسد المسالك الصقراوية بواسطة
تلك الاورام ولا يحصل حينئذ عوق فى سير الصقراوات متصاها تبقى المرضى
ولا بدحاجة لحالة صحية تطاق مدة طويلة من الزمن كما هو المشاهد فى شكل
الاورام الاكنوكوكية المعتادة وانما متى حصل تقبج فى الورم فيما بعد وامتد
هذا التقبج واصطبغ ذلك بالحى اضطربت التغذية العامة للمريض وظهرت
عنده الهوكة وبذلك يهلك المريض ان لم يحصل له ذلك عقب طرق مرض
آخر ومن المعلوم ان هلاك المريض فى الحالة الثانية من اللتين شاهدتهما

كان هلاك المريض عرض ثانوي في السكيتين (مع أن فريدريش ينكر وجود ذلك بالسكيتية في الاورام التي نحن بصددتها)

وتختلف اعراض هذا المرض بالسكيتية وسيره متى انسدت المسالك الصفراوية والقنوات الناقلة للصفراء بواسطة الجراثيم السابجة أو انفجار الحويصلات الاكثوكوكية ونحوه. هذه الحيوانات الطفيلية فيها وهنا لا يندر أن تكون الصفة المرضية لهذا المرض واضحة جدا سيما في الادوار الاخيرة منه بحيث يتيسر للطبيب تشخيصه مع التأكد التقريري أو التام فان الاعراض تبدئ بمرقان غير خطري في الابتداء او يتزايد ذلك تدريجا وجميع الوسائط العلاجية التي تستعمل من أجل ازالته تبقى بدون فائدة ويصل أحيرا الى أشد الدرجات وتظهر المواد البرازية عماقريب خالية عن اللون وهذا دليل قطعي على انسداد المسالك الصفراوية والقنوات الناقلة انسدادا تاما وتفقد ظواهر اضطرار الهضم وفساده وحيث ان ظهور اليرقان لا يكون مسبوقا بنوب آلام شديدة فذلك يدل غالبا على عدم وجود حالة نزلية في القنوات الصفراوية وانسدادها بواسطة تجمعات حجرية ويقوى الظن بوجود أورام اكنوكوكية متعددة الجيوب بل ويرتقى الى درجة التحقيق متى ظهر فيجابه مع الاعراض السابق ذكرها تحديات في السكيت فان الامر اذا ذلك لا يكون فيه شبه الا بالنسبة لاهراض هذا العضو الذي يتغير شكله فيها أعنى سيرة الكبد وسرطانها وأورامه الزعرية أو الاورام التي نحن بصددتها لكن جميع الامراض السابق ذكرها لا تكاد تكون مطلقا مصحوبة بانسداد تام في المسالك الصفراوية بخلاف الاورام الاكنوكوكية المتعددة الجيوب فانها تكون غالبا مصحوبة بانسداد تام فيها وبناء على ذلك يفقد لون المواد البرازية كامة مع برقان مستمر مستعص واحتماس تام في الصفراء لا تشترك الحويصلة المرارية فان وجد حينئذ دورم ذو تحديات في الكبد مع مجموع الاعراض السابق ذكرها جاز القول بتشخيص ورم اكنوكوكي متعدد الجيوب في الكبد

وأكثر ما يحصل في أثناء سير هذا المرض انسداد في نزيف معدى معوى او نزف من أغشية مخاطية أخرى او تحت الجلد ومع ذلك فجميع هذه

الاعراض ليست مشخصة لتلك الاورام بل انها متعلقة فقط باحتباس
الصفراء وامتصاصها وتشاهد بكثرة في جميع الامراض المحتوية بذلك
كما سيأتي بيانه في المباحث الآتية

* (المعالجة) *

ليس للصناعة أدنى قوة من معالجة الاورام الا كنوكوكية المتعددة
الجيوب بل ان عدم نجاح العلاج بالنسبة لليرقان قد يستتبع منه احيانا
حقيقة تشخيص هذا المرض فانه لا يتأتى بأى واسطة تنقيص حجم الورم
ولتحسين حالة اليرقان ولا حفظ قوى المريض وتغذيته مع الاستمرار وكذا
البرز الذى فعل في الحالة التى شاهدها المعلم (جرسنجر) والى شاهدهما مع
الدقة عمارستان القصر العيسى وكانت فيها الاورام الا كنوكوكية
المتعددة الجيوب جدا سيما فى الكبد بل وفي كثير من الاعضاء فى آن واحد لم
يجد ذلك نقما فلا حاجة فى اتباعه

* (المبحث الثانى عشر) *

* (فى الاحتباس الصفراوى للكبد واليرقان المتعاقبه

اى اليرقان الكبدي) *

* (كيفية الظهور والاسباب) *

المسالك الصفراوية لا تحتوى على الياف مقعسة بقوة الانقباض تسمح
بقذف محتصلها ولذا جبرنا على القول بان الصفراء تندفع فى المسالك
الصفراوية بنفس القوة الدافعة لها فى منشاء هذه القنوات أعنى بضغط
الافراز والضغط الذى يعتري الكبد مدة الشبهق بانخفاض الحجاب الحاجز
وان ساعد فى الحقيقة على استقراغ المسالك الصفراوية الا أن قوة هذا
الضغط ليست عظيمة فان الحويصلة المرارية التى يؤثر فيها ولا بد بضغط
الحجاب الحاجز بقوة أكثر من تأثيره على الكبد الذى هو عضو مرن
ذو مقاومة يمكن ان تمتلئ بالصفراء ولو مع عدم انقطاع الحركات التنفسية
وعلى جميع الاحوال فالقوى الدافعة للصفراء فى المسالك الصفراوية ضعيفة
جدا بحيث لا يمكن اقهر أدنى مقاومة وان ادنى مانع يعوق استقراغ الصفراء
وسيرها ينتج عنه تراكم هذا السائل فى الكبد فيحدث الاحتباس الصفراوى

ومتى امتلات المسالك الصفراوية والاخلية الكبدية امتلاء عظيمًا ووصل
الضغط الباطنى الواقع على جدار هذه المسالك الدرجة عظيمة دخل جزء عظيم مما
احتوى عليه من الصفراء بمرحلة التشرب في الاوعية الدموية واللينفاوية
وهذا هو السبب الغالب في حصول اليرقان

ثم ان التجارب المستجدة اوضحت لنا مع البيان انه في احوال اليرقان الناشئ
عن احتباس الصفراء وامتصاصها المعبر عنه باليرقان الامتصاصى وباليرقان
الكبدى عكس اليرقان المعبر عنه بالدموى يدخل في الدم ولا بد كل من المواد
الملقونة للصفراء وباقي الاجزاء المكونة لها الاسما حوامض الصفراء وهذه
الحوامض لها خاصية واضحة في اذابة الجسيمات الدموية كما دلت على ذلك
التجارب العديدة فانه بمحقن محلول خفيف من هذه الحوامض في دم بعض
الخبيوانات يمكن احداث اليرقان بالصناعة وذلك لان المادة الملقونة للدم
المنفردة اذ ذلك تستحيل الى المادة الملقونة للصفراء بحيث ان كلامنا من هذين
الاصرين ثابت بين وهوانه في احوال احتباس الصفراء اتصل حوامض هذا
السائل الى الدم وانه بدخول حوامض الصفراء في الدم تنفرد ولا بد المادة
الملقونة للدم وتستحيل الى مادة ملقونة للصفراء فنقول مع التأكيـد ولا بد ان
كل يرقان كبدى ينضم له يرقان دموى وبعبارة أخرى ان كل يرقان كبدى
المنشأ يؤدى لحصول يرقان دموى

ثم ان من جملة امراض الكبد السابق ذكرها ما لا ينتج عنه اليرقان وهو
الاستحالة الشحمية للكبد أو الشعريته فانه لا يفتح عنهم مطلقا ضغط على
المسالك الصفراوية ومنها ظهوره وسرطانه واكاسه الحويصلية فانه
نارة ينتج عنها اليرقان ونارة لا ينتج عنها فى الاحوال التى فيها يعتري المسالك
الصفراوية ضغط يحصل احتباس الصفراء احتباسا جزئيا وامتصاص
الصفراء واليرقان لا يصلان فى هذه الحالة لدرجة عظيمة جدا ولم تزل المواد
البرازية متلقونة بالصفراء بالنسبة لما يأتى اليها من المسالك الصفراوية
ويتعكس ذلك فى احوال أخرى فيها انه ضغط الغشاء الكبدية او الصفراوية
بواسطة أورام فى الكبد او تشدد فيصير احتباس الصفراء تاما واليرقان عظيما
جدا والمواد البرازية غير متلقونة بالكلية

ثم ان احتباس الصفراء احتباسا كلياً بجميع ما ينتج عنه تكثره شاهدهاته
في آفات القنوات الناقلة للصفراء وفي أحوال انضغاطها بواسطة أوام
وسباني شرح ذلك فيما سياتي ولا نشرح في هذا المبحث الا التغيرات التي
تعتبر الكبد بواسطة الاحتباس الصفراوي وما ينتج عنه
(الصفات التشريحية)

حجم الكبد يمكن أن يحصل فيه تمدد بواسطة الاحتباس الصفراوي العظيم
بخصوصه بالاحتباس الدموي ومع ذلك فهذا الاتفاخ وتزايد الحجم يتناقض
بسرعة متى زال العائق المانع لاستفراغ الصفراء وشكل هذا العضو لا يتغير
بتزايد في الحجم والمسالك الصفراوية عظيمة كانت او صغيرة تظهر عملاقة
بالصفراء ومتمدة ولون الكبد يكون أصفر فاقه او اخضر زيتونيا بحسب
اختلاف درجة احتقانه بالصفراء والعادة ان لا يكون هذا التلون مستويا
بل مبعثا وبالبحث الميكروسكوبي على حسب ما قرره الماعلم (فرير كس) يكون
تارة تمحصل الخلايا الكبدية ذالون أصفر باهت وتارة ذالون مسمر بجمعتي
ذاتويان دقيقة ومتى استقر الدم زمانا وجد الخلايا الكبدية محتوية على مادة
بجمنقية أكثر صلابة مائلة للصفرة أو صفراء محمرة أو مخضرة وهذه الخلايا
المحتوية على المادة البجمنقية تكون متركزة بكثرة حول الاوردة المركزية
والكبد المتزايد في الحجم تزايد اعظيها بسبب احتباس الصفراء يمكن ان
يتناقض حجمه بل يضمر ولولم يزل المانع العائق لاستفراغ الصفراء وهذا
العضو عند ما يعتبر به صغر الحجم بصير ذالون اخضر داكن بل مسود وتفقد
كثافته فيصير رخاوا حينئذ في هذه الحالة لا بد أن تغذية الخلايا الكبدية
يعتريها تغير بسبب ضغط الاوعية الدموية المتعددة عليها والمسالك الصفراوية
بل ومن الضغط الواقع عليها من الصفراء المتراكمة فيها وبالبحث بالميكروسكوب
يرى أن معظم هذه الخلايا متلاش ومستحيل الى مادة ذات نويات دقيقة
جدا

ويسهل معرفة التغير اليه فاني في جميع الاعضاء والسوائل في جثة الاشخاص
الهالكين فانه يقطع النظر عن التلون الخاص بالجلد وانصببتين والبول الذي
سندكره فيما سياتي عند الكلام على اعراض هذا المرض عند فتح الجثة بتوضيح

تلون ليعونى في الشحم والمنسوج الخلاوى تحت الجلد والتراب والتامور وغير ذلك والسائل الموجود بين صفيحات هذا الغشاء كالموجود في البليورا والتامور يظهر التلون لليعونى أيضا معدا المنخ والخضاع الشوك فانهما لا يظهران التلون لليعونى الا نادرا جدا وأما الكليتان فيظهرهما التلون الاصفر لليعونى ظهورا واضحا

* (الاعراض والسير) *

تسكد تسبق العلامات الواصفة لامتصاص الصفراء بنظواهر مرضية سابقة وهى عبارة عن اعراض المرض الذى يودى الى تضيق المسالك الصفراوية او انسدادها او الذى يحدث تناقصا في الضغط الجانبي للدم الواقع على اوعية الكبد وفي الغالب يسبق اليرقان باعراض انغزلة المعدة الاثنى عشرية وامتصاص الصفراء يعقب بسرعة المانع العائق لاستفراغ هذا السائل بحيث ان المادة الملوثة للصفراء تظهر في البول بعد أربع وعشرين ساعة (بل ان هذه المادة طبقا لتجارب سندررس وأوديجنا تظهر في البول بعد ساعتين أو أربع عقب ربط القناة الصفراوية من الكلاب)

وأما اعراض اليرقان نفسه فانها توضح بعد يومين أو ثلاث فالجلد يكون تارة قليل الاصفراء وتارة شديدا بحيث يـكـون زعفرانى اللون ثم فيما بعد قد يكتسب لونا أصفر مسمرا أو أخضر مسمرا وذلك في أحوال اليرقان الشديد جدا المعروف باليرقان العسلى وهذا التلون اليرقانى يكون كثير الوضوح جدا في أجزاء الجسم ذات البشرة الرقيقة القليلة التلون والتي تنضج من خلالها الطبقات الغائرة من الشبكة المليحية التي هى المجلس الاعتيادى للمادة الملوثة وذلك كالجهة والوجهين غير المحمرتين وجلد الصدر ومن العلامات الواصفة لليرقان المهمة في التمييز بين التلون اليرقانى للجلد عن غيره من أشكال تراكم المواد الملوثة فيه هو التلون المصفر للغشاء المتحمى المغطى للصلبة فانه في الحالة المشكوك فيها لو أمر المريض بالنظر الى أعلى عند خفض الجفن السفلى لشوهه نحو دائرة المقلبة الا تارة الاولى من اليرقان المبتدى والتلون المصفر للجلد والصلبة يزول بالكلية في ضوء نفخ المصباح والسمع بحيث لا يمكن معرفة اليرقان في وقت المساء وكذا تلون الاغشية

المخاطبة المدرجة للنظر يتحقق من وجوده عند دفع الدم من الشفتين أو اللثة عند الشخص المصاب باليرقان بواسطة ضغط الاصبع وذلك أنه يشاهد حينئذ بقعة مصفرة غير باهتة والبول يكون تارة أصفر مسهرا كالبيرة الخفيفة وتارة اسعردا كما كالبيرة الكثيفة وعند تعرضه للهواء وتركه يكتسب لونا مخضرا وعند رج البول اليرقاني يشاهد الزبد المتكاثف فيه مملونا قليلا بالصفرة وتارة بالصفرة الناصعة وعند غمر شريط من القماش الأبيض فيه أو من ورق الترشيح يكتسب لونا مصفرا وهذه التجربة تكفي بإفرادها في تعيين المادة الملوثة للصفراء عن المادة الملوثة للبول

وهناك تجربة أكد من هذه وهي إضافة قليل من حمض النتريك المحتوى على قليل من حمض النتروز الى البول فبإضافة هذا الجوهر يشاهد أن اللون الاسمر للمادة الملوثة للصفراء ينتقل تدريجا الى اللون الاخضر ومنه الى الازرق ومنه الى البنفسجي ومنه الى الاجر ومنه اخيرا الى الاصفر الباهت ولأجل جودة مشاهدته تغير اللون المذكور يوضع البول في كوبية مستطيلة من البالور أو في أنابيب الكشف المحتوية على حمض النتريك بأن يصب البول المراد البحث عنه فيها مع الاحتراس حتى يجري سائلا على جدرانها فيسبق على سطح الحوض ولا يمتدحط به الامع التدريج وحينئذ ينبغي ترك الأنبوبة للراحة زمنا قليلا فتشاهد الألوان المختلفة السابق ذكرها على الحوض متى كان البول محتويا على المادة الملوثة للصفراء وهذه التجربة لا تنجح بالكلية متى بقي البول معرضا للهواء مدة طويلة من الزمن واكتسب التلون المخضر ومع ذلك فقد ذكر (فريركس) أن هذه التجربة لا تنجح أحيانا في البول الحديث وتنجح عند ~~عدم~~ كونه زمنيا طويلا معرضا للهواء وبالجملة تذكر هنا أنه ليس من النادر مشاهدته تغير اللون من الحرة الى الخضرة في البول الغير المحتوى على الصفراء ولو بكيفية وأهمية أكن لا يشاهد فيه التلون المزرق والبنفسجي ولأجل معرفة وجود حمض الصفراء في البول التي تدرك أن بقعة عدم وجود المادة الملوثة للصفراء فيه ينبغي تصفيتها من البول في حمام مائي حتى يحل متحصلا ثم يحل متحصلا ذلك في الكؤل ويصعد نائما ثم يحل المتحصل في قليل من الماء وحينئذ تدرك تجربة (يتن كوفر) في انبوبة كشف

بان يضاف اليه ابتداء نقطتان او ثلاثة من محلول السكر (المأخوذ من جزء
من السكر على اربعة اجزاء من الماء) ثم يحض الكبريتيك النقي المركز ويرج
السائل الموجود في الانبوبة فعنده رجه تكسب بالتدريج لونا احمر كزيا
ثم لونا بنفسجيا والمعلم (هوب سيلر) له الفضل في بيان خطأ القائل بان البول
في احوال اليرقان يحتوي على المادة الملونة للصفراء لاعلى حوامضها
وبالجملة تنبه على انه طبقة التجارب (نوت ناجل) يوجد في البول في احوال
اليرقان الشديدا نايب (بدون مادة زلالية) وفي جميع هذه الاحوال يحتوي
البول ايضا على حوامض الصفراء

زيادة على ذلك توجد المادة الملونة للصفراء في عرق المصابين باليرقان تكسب
ثبايم لونا مصفرا يتضح بكثرة في المحال التي يكتنفها التجبير الجلدي وكثيرا
ما وجد اللون المصفرا يضاف لبن المرضعات

وفقد لون مواد البراز فقد امتقا وتامن عروق انصباب الصفراء في معي المصابين
باليرقان من الظواهر الكثيرة الواضحة فانه متى حصل انسداد غير تام في
القنوات المفرزة للصفراء واحتماس جزئي في هذا السائل اكدت المواد
البرازية لونا تريايا ولونا **ك**لون الطفل الابيض متى كان كل من القناة
الكبدية والصفراوية مفسدا بالكلية وليس المواد البرازية وبط مسيرها
ينسب عادة لتقدرقة متحصل المعى بانصباب الصفراء فيها وحيث ان كمية
الصفراء المنصبة في المعى في ظرف ٢٤ ساعة كيلو جرام واحد من ذلك
يتضح لماذا ان المواد الثقيلة زيادة عن فقد تلونها تكون جافة ومن جهة
اخرى حيث انه بسبب عدم وصول الصفراء الى المعى امتصاص الشحم لا يتم
او بالاقل يتناقص تناقصا عظيما كما اثبت لنا الفسيولوجية ذلك فبذا يتضح
ايضا كثرة احتواء البراز عند المصابين باليرقان على المواد الشحمية وبالجملة
فثبت يظهر ان تاثير الصفراء على متحصل القناة المعوية يمنع فسادها وتعتقها
من الواضح ان المرضى الذين لا تنصب الصفراء عندهم في القناة المعوية
يعتريهم حالة قراقر في البطن والغازات التي تخرج منها هي والمواد الثقيلة
تكون منتنة للغاية

ويشاهد عند أغلب المرضى المصابين بيرقان عقب احتباس الصفراء مع

المتلون اليرقاني للجلد والمصابتين والبول والعرق والبن وقد تلوّن المواد
البرازية وجميع المكابذات الناتجة عن عدم انصباب الصفراء في المني فممافة
واضحة وهبوط زائد وحالة تنعس وحيث انه عند امتناع وصول الصفراء
الى المني لم يزل ينضم كل من المواد القشوية والازوتية فالتخافة لا يمكن
توجيهها الا بعوق امتصاص المواد الشحمية خصوصاً في الاحوال التي فيها
لم يكن احتباس الصفراء مضاعفاً بحالة نزلية معدية معوية وهناك ظاهرة
أخرى تنضم لتخافة المرضى المصابين باليرقان وهبوطهم وهي بطء النبض
فان المرضى المصابين باليرقان يكون نبضهم بطيئاً وقد ظن بأنه لا يحتاج
في تفسير هذه الظاهرة الى القول باختلاط الدم مع عناصر الصفراء وتشبيهه
تأثير هذه العناصر في دورة الدم بتأثير الديجيتال وذلك لان الاشخاص الذين
يعالجون بالجلوع العظيم والذين يكونون في نقاهة بعض الامراض الثقيلة
يكون نبضهم بطيئاً جداً بعد زوال الحمى ومع ذلك فالتجارب المهمة للمعلم
(رورج) أثبتت أن بطء النبض عند الاشخاص المصابين باليرقان يتعلق
ولا بد بوجود حوامض الصفراء في الدم

وعين ذلك يقال في الاكلان المتعب للجلد الذي يحصل منه للمرضى المصابين
باليرقان تعب عظيم وقد أرا بعض اطباء توجيه هذه الظاهرة بحفاف الجلد
وتخواته فان الضمور والشيخوخة يشاهد فيه ظاهرة مشابهة لذلك ومع هذا
فمكثرة مشاهدة أكلان الجلد في اليرقان وقلة مشاهدته في الضمور والشيخوخة
يعضدان القول بأن هذا الاكلان في اليرقان ناتج عن تهيج الغريعات
العصبية الجلدية بالمواد الملونة للصفراء المتراكمة في الشبكة المليجيّة
وكذا (الاكسنتبسي) أعنى رؤية الاشياء متلوّنة باللون الاصفر تعد ظاهرة
نادرة المشاهدة في اليرقان وقد وجهه بعضهم بتلون الاوساط الشفافة للعين
باللون الاصفر وبعضهم بإضطراب عصبي

(السير والانتها)

سير هذا المرض واقتمائه يتعلقان غالباً بسرعة تباعد العوائق المانعة
لاستقراغ الصفراء او بطئها او عدم امكان ذلك في الحالة الاولى اعراض
احتباس الصفراء تزول بسرعة بعد تباعد السبب الموجب لاحتباسها

وينتهي المرض بالشفاء فيبتدئ تلون المواد البرازية بالصفراء ثم يزول اللون
الداكن البول والظواهر المتعلقة بتسرب المنسوجات بسائل غذائي متلون
بالمادة الملونة للصفراء واما التلون اليرقاني للجلد فيتنحيز والمخصوصا اذا
كانت البشرة سمكية وان كان موجودا اعتمادا في الكبد وقت وجود العائق
المانع لاستفراغ الصفراء يزول هذا العرض شيئا فشيئا كبقية الاعراض متى
عادت الصفراء لسيرها الطبيعي كما ان كلاما من قوى المريض وتغذيته يعود الى
حاله الطبيعية بسرعة

واذا استمر احتباس الصفراء زمنا طويلا جدد أو كان ناتجا عن عوائق
لا يمكن ازالته او وصل اليرقان الى أشد الدرجات واضطربت تغذية المريض
جدا بحيث يمكن أن يهلك أخيرا من النوبة والارتشاحات المصاحبة وفي أحوال
نادرة قد يسرع الانتهاء المحزن بظهور أنزفة معدية معوية وهذا العارض
حصوله بنفس الكيفية التي يحصل بها في سروز الكبد وفي التهاب الوريدى
الباني فان انضغاط الاوعية الشعرية الكبدية بالقنوات الصفراوية المتعددة
يعوق سير الدم في الاوعية المعدية والمعوية مثل ما يحصل في هذين المرضين
الاخيرين أعني من انضغاط الاوعية الكبدية بالمنسوج الخلوى المنكمش أو
من انسداد الوريد الباب عقب التهابه وزيادة على هذه الاسباب الميخانيكية
العائقة لاستفراغ الدم بوجده سبب آخر يوجه به حصول هذه الانزفة وهو
اضطراب التغذية للاوعية الشعرية المعدية المعوية ألا ترى انه في اليرقان
كثيرا ما تظهر انزفة أخرى خصوصا في الجلد على هيئة الكدم والطحخ
وهناك مضاعفة أخرى مهمة وهو ظهور اضطرابات عصبية خطيرة مدة سير
اليرقان وقد تبتدئ هذه الاضطرابات احيانا بالهذيان أو التشنجات لكن
الغالب تساطن ظواهر شلالية فالمرضى تقع في حالة تنميس شديد ثم تلك في حالة
خمودية وهذه الاضطرابات العصبية معروفة من قديم بانها تادل على انذار
خبيث وقد وجهها بعضهم بميكيفيات مختلفة وفي العصر المستجد وجهت
بالتأثير المسمم لحوامض الصفراء على الدم فانه بحققها في دم بعض الحيوانات
أمكن احداث ظواهر تسممية دالة على شلل المجموع العصبي

ثم ان البحث الطبيعي في الاحوال الخفيفة لليرقان واحتباس الصفراء لا يثبت

به تعدد حجم الكبد واتساعه وأما في الأحوال الثقيلة كالتي تشاهد عند
الانسداد الكلبي للقفوات الكبدية والصفراوية فيتضخم لتأفها بالقرع
والجسم تزايد عظيم في حجم الكبد فيظهر ان سطحه اعلى متزايد في القوام
وتتضخم حافته المقدمة وعند انسداد القناة الصفراوية انسدادا كبيرا يمكن
الاحساس بالحويصلة المرارية الزائدة التمدد وان تناقصت اصممة الكبد
بدون تناقص في اليرقان كان هذا من العلامات الرديئة فان ذلك يدل على
ضمور تابعي في الكبد

(المعالجة)

ليس لمعالجة احتباس الصفراء نجاح عظيم الا في الأحوال التي فيها يمكن ازالة
السبب الاصل ولذا ليس لنا قدرة على ازالة احتباس الصفراء الناتج عن
أغلب امراض الكبد كحويصة لانه الديدانية ومصرطانه وسيروزه واما
الاحتباس الصفراوي الناتج عن آفات في المسالك الصفراوية فالغالب ان
تكون معالجته كثيرة النجاح والوسائط العلاجية المنهورة بانها مضادة
ليرقان هي التي لها تأثير جيد في امراض المسالك الصفراوية كما سيأتي بيان
ذلك وهذه الوسائط اهمها استعمال مياه كارلوس باد فان هذه المياه تبيع
الطبيعية ذات شهرة عظيمة في معالجة اليرقان فكثيرا ما يرى شفاء المرضى
المصابين باليرقان الشديد في زمن قليل عقب استعمال مياه هذه الينابيع
الطبيعية خصوصا في الأحوال التي فيها يكون اليرقان متعلقا بمحالة تزامنة في
المسالك الصفراوية او بانسداد هذه المسالك بواسطة الحصوات الكبدية
واما ان توجهت المرضى الى كارلوس باد وكانت مصابة بانسداد غير قابل
للشفاء في المسالك الصفراوية فان حالة يرقانها لا تحسن باستعمال مياه تلك
الينابيع بل انها تمك هناك بسرعة فانه بازدياد افراز الصفراء تزداد ظواهر
احتباسها ويسرع ذوبان الحويصلات الكبدية أكثر مما اذا لم تستعمل
تلك المياه وكذا استعمال حمض التريكل الممزوج بكمض الكلور ووردريك
من الباطن والظاهر والزئبق الحلو والخلصات المرة والحلبة والمقيئات
والمسهلات ليس له تأثير جيد في شفاء اليرقان ما لم يمكن اتمام ما تستدعيه
المعالجة السببية

واذا لم يمكن تبديد السبب العائق لانصباب الصفراء في القناة الهضمية فليس
 لمعالجة المرض الاصلى وسائط مخصوصة بمعنى انما اذا لم تنجح في اتمام دلالات
 المعالجة السببية ليس لنا قدرة ايضا على اتمام ما تستدعيه معالجة المرض نفسه
 واما المعالجة العرضية فاول ما تستدعيه هو معالجة اضطراب التغذية
 وضعف المريض الناتجين عن احتباس الصفراء فيؤمر باستعمال
 اغذية لطيفة مقوية كالامراق المركزة وخصوصا اللحوم المحمرة الباردة
 والشوربات القوية وينصح من استعمال الجواهر الشحمية حيث تكاد
 لا تمتص عند عدم انصباب الصفراء في القناة الهضمية وذلك كالامراق
 الدسمة والسلي (أى السمن) ونحو ذلك وهذا الامر مهم الاتباع في معالجة
 هذا المرض سواء كانت المعالجة في بيوت المرضى او في المدارس فان اوفى
 محلات الينا يسع الطبيعى السابق ذكرها كما أنه ينبغي مضاربة الامساك
 الذى يعترى اغلب المرضى المصابين باليرقان الناتج اما عن جفاف المواد
 البرازية او فقد المنبه الطبيعى الذى تحدثه الصفراء في الغشاء المخاطى للقناة
 الهضمية وانما ينبغي تجنب استعمال المسهلات المحمية ويفضل عنها في الاستعمال
 المسهلات الرطبية او المسهلات القوية الخفيفة كمنقوع السناء المسكى
 المركب (المعروف بالجرعة المسهلة لويينا) وخلاصة الراوند المركبة المحتوية
 على خلاصة الصبر وحيث ان جرعاتها من المواد الملونة للصفراء ينقذ مع
 البول جازا استعمال مدرات البول لاجل مساعدة زوال اليرقان وذلك كتح
 طرطير الذائب وخلات البوتاسا وكربوناتهما وتستعمل هذه الجواهر خصوصا
 عند احتباس البول الذى هو احد اعراض اليرقان اى عندما تكون
 القنوات البولية ممتدة بقرآكم المادة الملونة للصفراء كما قاله (فريركس)
 فانه بازدياد الافراز البولى يمكن قذف هذه المواد ودفعها من القنوات البولية
 ويستعمل ضد الاكلان الجلدى المتعب وزوال اليرقان من الجلد الذى يبقى
 احيانا زمانا طويلا بعد زوال احتباس الصفراء الحامات الفاترة والخضارية
 والصابونية والبوتاسية فان تتيجهما سرعة انقذاف البشرة الجلدية

(المبحث الثالث عشر)

(في اليرقان الدموى أى الغير المصحوب احتباس في الصفراء)

المعروف باليرقان الكيماوى

(كيفية الظهور والاسباب)*

قد استبان للأطباء من منذ زمن طويل انه يوجد أحوال من اليرقان فيها لا يكون عائق ميخانيكى مانع لاستفراغ الصفراء ومحدث لاحتمالها بها لذلك والاجتهاد فى توجيه اليرقان فى مثل هذه الاحوال بتشخيص المسالك الصفراوية ونسبته لذلك لم يصادف محلا وحيث ان المسالك الصفراوية تشتمل على الياف عضلية كما اثبتته (لوشكا) فلا يمكن رفض القول بانه قد يحصل فيها انسداد ووقتي بواسطة انقباض تشنجى فيها ليس من القريب للعقل ان الانقباض التشنجى يستمر زمنا طويلا جدا تبعا للتجارب الفسيولوجية حتى ينتج عن التشنجى درجة عظيمة من الاحتباس الصفراوى به تفتقل الصفراء من المسالك الصفراوية الى الاوعية الدموية واللينفاوية فينشأ عن ذلك ظواهر يرقانية وعلى هذا فوجود اليرقان التشنجى أمر مشكوك فيه جدا وليس قريبا من العقل

كما انه بعيد عن العقل جدا ان الصفراء تجهز وتشكون فى بعض الاحوال بكمية عظيمة جدا بحيث لاتكفى المسالك الصفراوية فى نقلها واستفراغها وان ازدياد تكون الصفراء يؤدى لحصول اليرقان بدخول جزء من هذا السائل المتكون بكمية عظيمة جدا فى الاوعية الدموية واللينفاوية

ولذا صار التعويل على رأى القائل بانه يوجد نوع آخر من اليرقان يتكون فى الدم نفسه وارتكبت هذه النظريات ابتداء على تجارب المعلم (ورجوف) التى أثبت بها ان المادة الملونة للدم قد تعثر بها استحالة شبيهة بالمادة الملونة للصفراء وسماها بالهيماتودين وزعم هذا الاخير ايضا ان الاستحالة المذكورة للمادة الملونة للدم يمكن حصولها فيه وهو فى دورته عقب تلاش عمدة وفساد عظيم فى الكرات الدموية وساعد فى تقوية هذه النظريات القائلة باليرقان الدموى اشغال كل من المعلم (زنكر) و (رافنكى) و (النتنير) و (كيل) و (ليدن) وغيرهم بحيث انه فى زمن قريب عدم من جملة اليرقان الدموى أشكال عديدة من اليرقان ذات وصف عام مشترك بينها وهو انه يصل فيها الى الدم جوهر مشكوك اما فى هذا السائل وآت من الخارج فيفسد ويبدد

جزءاً عظيماً من السكريات الدموية ويحول المادة الملوثة للدم السائلة الى المادة
المسكرة الملوثة للصفراء المسكرة بالبيليروبين فمن ذلك اليرقان الدموي الناتج
عن حرق الصفراء أو حوامضها التي ثبت تأثيرها المفسد للسكريات الدموية
بالتجارب القسرية لوجية لكل من (دوش) و (هونيغ) ومن ذلك أيضاً اليرقان
النشئ عن حرق كمية عظيمة من الماء في الدم وعقب استئصال الاثير
والكلوروفوم وعرض الافرغ والتسمم بكمية القوسفور والمصاحب لكثير
من الامراض المصحوبة بتسمم عظيم في الدم كمرض احوال الپيميا اي التسمم
الصدى للدم والتيفوس والجمل النفاسية والصفراوية وبالجملة فقد
ذهب بعضهم الى ان كلام يرقان المولودين جديداً والناتج عن انفعالات
نفسية يهت من هذا القبيل أيضاً

لكن الاستكشافات المستجدة قد احدثت نقصاً عظيماً في عدد أشكال
اليرقان الدموي وذلك ان كثير من اشكال اليرقان التي كانت تعتبر من
ضمن اليرقان الدهوي تعد الآن من جملة أشكال اليرقان الامتصاصي
خصوصاً من منذ ما ثبت انه يوجد خلاف اليرقان الاحتمالي في الكبد يرقان
يظهر انه ناتج عن تناقص الضغط الجانبي للدم في الوريد الباب وأمكن بذلك
توجيه بعض من أشكال اليرقان التي كانت خفية علينا ولقد حصل أيضاً
تناقض واضطراب في النظريات المؤسس عليها اليرقان الدموي من منذ
ما ضرب المعلم (لايدن) العلامة الاكلينيكية المعروفة في هذا الشكل وهي فقد
وجود الحوامض الصفراوية من البول على الدوام وذكر (نونين) انه يوجد
في اليرقان المسمي باليرقان الدموي خصوصاً عند المصابين بالتسمم الصددي
للدم حوامض صفراوية في البول وكذا القول باليرقان الدموي عقب حرق
الماء في الدم لم تؤيده التجارب التي فعلها (استنر) في الارانب التي لم يثبت بها
ان المادة الملوثة للدم لم تستحل الى مادة ملوثة للصفراء عقب حرق الماء بكمية
عظيمة ومع هذا ففي أحوال عديدة لا نشك في الطبيعة الدموية لهذا اليرقان
انما في هذه الاحوال المذكورة يبقى عندنا بعض تغيب هل النشئ عن
استحالة المادة الملوثة للدم مادة ملوثة للصفراء أو جسم مشابه لها في
اللون ومخالف في الخواص الكيماوية وهل استحالة المادة الملوثة للدم

تحصل في الدم نفسه او في المنسوجات المتشربة بالدم والمادة الملونة له والمتشعبة
بهما والامر الاخير ان ساغ امكن منه وضوح وبيان انه في اليرقان الدموي
يمكن فقد المادة الملونة للصفراء في البول

* (الصفات التشريحية) *

اما اليرقان الغير الناشئ عن تشرب الصفراء وامتصاصها في النادر ان يرتقي
الى درجة عظيمة فيوجد في الحمة غالباً تلون خفيف في الجلد والطبقة الشحمية
وباقى المنسوجات ومن المهم بالنسبة للتشخيص التشريحى لليرقان الدموي
وتتميزه عن اليرقان الكبدي ان الكبدي الاول لا يكون تلونه
اليرقاني أوضح وأشد من باقى الاعضاء بخلافه في الثانى فان علامات
امتصاص الصفراء في الكبدي يزيد انصاعها وظهورها وأما كل من تلون
منحصل المعى بالصفراء ووجود المسالك الصفراوية والقنوات الناقلة لها على
حالة سلامة وسلوك فليس منبئاً لوجود اليرقان الدموي فان ذلك هو الواقع
في اليرقان الكبدي الناتج عن تناقص في الضغط الجانبي للدم في الوريد الباب
وزيادة على ذلك يفتقر الثانى والتوفى عند الحكم على سلامة المسالك
الصفراوية وسلولوها حتى لا تقع في الخطأ فان الامر المعلوم من ان الضغط
على الحويصلة الصفراوية الذى يمكن به دفع بعض نقط من الصفراء الى
القناة الصفراوية والاثنى عشرى لا يثبت قبولاً كافياً سلوك هذه القناة
مدة الحياة فان هذه التجربة لا يندران تتجسج في الاحوال التى فيها يستتبط من
وجود سدنة مكونة من مواد مخاطية سنجابية وبشرية في الجزء الاثنى عشرى
من القناة الصفراوية ومن فقد تلون متحصل المعى فقد انما وجود التهاب
نزلى في القناة الصفراوية ويرقان كبدي مع التآكيد والفضل لكل من
المعلم (بول) و (البريستير) في بيانه للتغيرات التى تحصل في الكبدي وغيره من
اعضاء الجسم في احوال اليرقان الدموي والتغيرات التى تحصل في
الحويصلات الكبدي وفي الطبقة البشرية من القناة البولية تبعاً للثانى منهما
عبارة عن تراكم عظيم من نقط صغيرة دقيقة شحمية او من مادة عكرة يظهر
انها زلالية في باطن تلك الخلايا تارة وتارة تكون الخلايا مكابدة لتلاش وفساد
عقب تشرب الكرات صغيرة شحمية عديدة واقدمت تغيرات مماثلة لذلك

في الجوهر العضلي من القلب فهذه التغيرات الجوهرية تبعاً له - علم
(ليبرميستر) لكل من الكبد والكليتين والجوهر العضلي من القلب تدل
على أنه بتأثير السبب المضّر الذي أحدث تشابهاً في الكرات الدموية بمعنى
تغير جوهري في الدم تحدث أيضاً تغيرات مشابهة لذلك في الأجزاء الخاملة من
المنسوجات

* (الاعراض والسير) *

اليرقان الدموي ~~يكون~~ كما ذكرنا عرضاً من أعراض أحد الأمراض
التسممية النقية - له فالاعراض الموجودة حينئذ تختص المرض الأصلي
لا اليرقان نفسه ولذا لا يمكن وصفه على حدته والأمور التي يترتب عليها تميز
اليرقان الدموي عن الكبدى قد سبق ذكر معظمها وجود مرض من
الأمراض التسممية المنتشرة الخاملة مع فقد علامات مرض من أمراض
البطن المؤثرة في الكبد يقرب من العقل أن اليرقان الموجود من الجائز أن
يذوب عنه دموى ويقوى ذلك إذا كانت المواد البرازية غير فاقدة لتلوّنها
الصفراوى وكان التلوّن الصفراوى للجدار والأغشية المخاطية زائداً عن
احتواء البول على المادة الملونة للصفراء وكانت حوامض الصفراء مفقودة
من البول بالكيفية لكن جميع هذه العلامات لا يؤكّد لنا حقيقة التشخيص
ولا يجوز نسبة الانهيار الخزن في كثير من أحوال اليرقان الدموى لتشابه
عدد عظم من الكرات الدموية فقط بل ولتقليل المرض الأصلي وخطره
وللاستحالة الجوهرية المتقدمة في الكليتين والكبد والجوهر العضلي من
القلب ونحو ذلك

* (المعالجة) *

اليرقان الدموى لا يحتاج لمعالجة مخصوصة فانه يزول بزوال المرض الأصلي
الناجم هو عنه ومما يأسف عليه عدم قدرتنا على ذلك في كثير من الأحوال
والذى يلجأ إليه في أحوال اليرقان الدموى في أثناء سير الأمراض المحبوبة
بجملتها هي المعالجة المضادة للحمى

* (المبحث الرابع عشر) *

(في الضمور الأصفر الخامل للكبد)

*** (كيفية الظهور والاسباب) ***

في الظهور الحاد الاصفر للكبد الذي هو مرض لم يزل منهم ما علينا وليس له مشابه في الامراض يصير الكبد في زمن قليل صغير الحجم وخوه هشاً وبالبحث بالمكروسكوب عن أجزاء هذا العضو الضامر المسترخي يوجد معظم الخلايا الكبدية ممتلئة لاشياء منفسداً

ثم ان الاجتهاد في توجيه طبيعة هذا المرض أدى لنظريات عديدة فبعض المؤلفين يزعم ان السبب الرئيس في فساد الحويصلات الكبدية هي حالة افراز الصفراء بمعنى ان تلاشي الكبد يكون ناتجاً عن تأثير افراز الصفراء المتزايد جداً تزايداً غير طبيعي ويوجه ذلك باضطراب عصبي في هذا العضو وبعضهم يزعم ان السبب في حصول هذا المرض هو تراكم الصفراء في الكبد بسبب وجود عوق مانع لاستفراغها مع انه يندر وجود سبب عائق من هذا القبيل ففي الغالب توجد المسالك الصفراوية اما فارغة او ممتلئة بمواد مخاطية

والمؤلفون الاخرون من الاطباء يعتبرون الظهور الاصفر للكبد انهما لشكل مخصوص من التهاب الكبد وفي الحقيقة كل من السير الحاد لهذا المرض والتهتك السريع الممتد الذي يعتري الخلايا الكبدية يدل على أن التغير الحاصل في الكبد انما هو التهابي وزيادة على ذلك فقد وجد الشهير (فريركس) في عدة نجث في أجزاء الكبد التي فيها يكون التغير الالتهابي قليل الامتداد واحتقاناً بل ونضجاً التهابياً سائباً محيطاً بجزء الكبد ثم انه يقطع النظر عن هذا النضج الكائن بين الخلايا غير القارة معتبر ولا بد الظهور الكبدى الحاد الاصفر من جملة الالتهابات الجوهرية أعنى شكلاً من الالتهابات التي فيها لا يحصل نضج التهابي سائب بين جزئيات المنسوجات بل التي فيها جزئيات المنسوجات نفسها يحصل فيها اتفاخ ثم تلاش جوهرى عنصري عقب تشرهم المادة يظهر انهما زاليتان وهذا الرأي الذي قال به (اسبرمستر) وعضده ويند بالكيفية المذكورة يمكن غاية ما هنالك يعترض عليه بان سير الالتهابات الجوهرية في غير هذا العضو من الاعضاء كالكليةتين يخالف لما هو مشاهد في هذا المرض وانه لا يوجد مطلقاً التهاب جوهرى في عضو من الاعضاء فيه تملأ تلاشي عناصره الجوهرية بسرعة كما يشاهد ذلك في الظهور الاصفر

الحاد الكبد

ثم ان هذا الضهور وان اعتبره بعض المؤلفين مرضا موضعا (التهابيا وغير
التهابي) يعتبره بعض اطباء المؤلفين تغيرا موضعا تابعا للتغير العمومي بني
تقبيل فكثير من اطباء من ذهب الى ان هذا التغير البني ناتج عن تأثير
جوهر مسمم منتشر لكن المنصوص عليه بكثرة من ان الضهور الاصفر الحاد
للكبد مماثل لاستحالة الكبد الشحمية الناتجة عن التسمم بالفوسفور ولم
يصادف محلا بل أدى لاختلاطات عديدة فان الظاهر ان تشحم الكبد
الفوسفوري عبارة عن ارتشاح شحمي عظيم في الكبد بدون تلاحش وفساد
في جوهره بخلاف ضهوره الحاد فانه عبارة عن اتفاخ في الخلايا الكبدية
يؤدي لسرعة تودي التلاحش ومع ذلك تحصل الاستحالة الشحمية حيث
وكذا الاجتهاد في نسبة هذا الضهور الى تسمم تقبيل بواسطة الخواص
الصفراوية قابل لاعتراضات كثيرة فان درجة البرقان الحقيقية التي تشاهد
في معظم الاحوال تنافي تلك النظريات فانه من القضايا المسلمة ان الحكم في
كثرة امتصاص الصفراء او قلته مبني ولا بد على خفة التلون اليرقاني او شدته
وحيث انه بدرجة التلون اليرقاني يحكم على كمية المادة الملونة من الصفراء
المعتصة فبهذا يجوز الحكم ايضا على كمية الخواص الصفراوية المعتصة
وقد شوهد هذا المرض ناتجا عن بعض الامراض التسممية الحادة
كالتيفوس والتسمم الصديدي من الدم والداء الزهري وبما نسب هذا المرض
في بعض احوال الحمل لموت الجنين والتسمم العفن من الدم الناتج عن ذلك
لكن المصابات من النساء بذلك كانت من قبل سليمة وفي انظاره مصابة بحالة
يرقانية نزلية

ثم ان الضهور الذي نحن بصدد يحصل غالبا في الزمن المتقدم من سن
الشموية وفي ابتداء سن الكهولة وهو مرض نادر جدا حتى ان بعض
الاطباء المشتغلين بالطب العملي من منذ زمن طويل لم يشاهدوه والنساء
أكثر اصابة به من الرجال وهذا يرجع بوجود استعداد مخصوص لهذا الداء
عندهن في زمن الحمل والتفاس بحيث ان ثلث جميع ماشوهد من احوال
هذا المرض من هذا القبيل كما ذكره (فريركس) والمؤلف المذكور به على

طروا رشح الكبد والكليتين في أثناء الحمل بمادة زلاية حيوية وذكر
أن هذا الارتشح بتأديته لاسمالة شحمية للخلايا الغددية ~~يكون سببا~~
في حصول مرض الكبد الذي نحن بصدد وفي داء بريكت عندهن وفي كثير
من الاحوال لا يعلم السبب المقيم أو أن معلومته تكون مجرد زعم ومع ذلك
فكثير من المؤلفين يقول بحصول هذا المرض بواسطة الانفعالات النفسية
والفزع والغضب الشديدين وبعض الاحوال المنتهية انهاء محزنة التي هي
في أثناء تسلطن اليرقان تسلطنا وبائيا انما هي عبارة عن تسهم صفراوى ثقيل
للدّم فلا تعد من قبيل هذا المرض

* (الصفات التشريحية) *

يكون حجم الكبد في الاحوال الثقيلة من هذا المرض متناقضا تناقصا
عظيما جدا بحيث يكون أقل من نصف حجمه ويعتريه كذلك فقر طبع بسبب
تناقص قطر سمكه وطبقته المصالية تكون قلبه له التوتر بل كثيرا ما تكون
ذات ثنيات والعضو بقامه يوجد رخا كايما وساقطاً جهة الجدار الخلفي
من البطن ولونه أصفر فاقعا وعند شق هذا العضو يشاهد تبعا لما ذكره
(زنكر) جزآن مختلفا الهيئته في جوهر الكبد فجزء منهما ما يكون فاقع
الاصفر اركا لون الصمغ الثقلي (وهو أشد درجة من اليرقان الكبدي) ولم
يشاهد فيه الصورة القصصية من الكبد ويكون مع ذلك مسترخيا جدا
لينا اسفنجيا يبرز عند شقه والجزء الآخر يكون بخلاف ذلك أحر مرزقا
بدون تلون برقاني ويكون أملس عند شقه ولا يبرز بل يكون متماسكا مرنا
ويكون كذلك متناقضا في الحجم جدا وقد عبر (زنكر) عن هذين الجوهرين
بالجوهر الاصفر والجوهر الاحمر وقد اعترف المذكور ان هنالك أحوالا
يشاهد فيها جميع الكبد مكتسبا لصفة الجوهر الاصفر فقط لكن الجوهران
المذكوران يكونان تبعا له دورين مختلفين من تغير مرضى واحد بمعنى ان
الجوهر الاحمر يكون الدور المتقدم جدا من الضور والحاد الاصفر من
الكبد وبالبحث المكرس كوبي عن الجوهر الاصفر يشاهد تلاش تام في
الخلايا الكبدية بحيث ان متحصل هذا الفساد المتكون معظمه من نقط
شحمية صغيرة يغطي باي أجزاء جوهر هذا العضو (كالاوعية والمنسوج

الخلوى) ومع ذلك توجد أحوال فيها يكون المتحصل الشحمى قليلا وأخيلية
الكبد لم تزل محفوظة نوعا ومعدنة بمادة حبيبية وأما الجوهر الأحمر فبسته
تفقد الخلايا الكبدية بالمكابة بل ولا يوجد له متحصل فساد وبشاهد عند
البحث الميكروسكوبى عنه جوهر أصلى باهت متجانس مخطط أولى خال من
النويات ويكون مرصعا بمجز يثبات شحمية متفاوتة الكمية ليكن تكون
على الدوام صغيرة جدا ولا يوجد فى هذا الجوهر أدنى تلون برقائى وأما يوجد
فيه بعض بلورات هيماتود ينية صغيرة جدا بخلاف الجوهر الأصفر فإنه يوجد
فيه أخيلية كبدية واضحة أو يكون متحصل فسادا متلونا بلون باهت
أو أصفر داكن بواسطة المادة الملونة للأصفراء المنتشرة فيه وزيادة على ذلك
يوجد فيه بعض جزئيات متلونة بلون أصفر فاقع ومحتوية على كمية عظيمة من
بلورات هيماتود ينية مربعة معينة أى على شكل مربع معين وكل من
المسالك الصفراوية والحووية الصفراوية يشتمل على كمية من افراز مخاطى
والمواد الدهنية تكون غالبا قليلة التلون وكثيرا ما يكون متحصل المعى دمويا
وفى الغالب يكون الطحال ممتددا وكثيرا ما توجد بقع كيميوزية فى البريتون
والغشاء المخاطى المعدى المعوى ولا يتدرج وجودها فى غير هذا الغشاء المصلى
من الأغشية المصالية بل والجلد وشاهد (فريركس) فى الكليتين تراكمات
بجمة متينة فى الطبقة البشرية بل واستحالة شحمية وقلاشيا فى خلايا هذه الطبقة
وشاهد المذكور فى الكبد خارج أو عمتبه ودخلها كمية عظيمة متبلورة من
التيريزين واللسين ووجد فى البول المستخرج من المئانة هذين الجوهرين
وجوهر اخلاصيا مخصوصا آخر

* (الاعراض والسير) *

هذا المرض قديمه تدى أحيانا فجأة والغالب أن يبدئ بدور هجوم يستمر جملة
أيام أو جملة أسابيع ودور الهجوم المذكور يصطبغ بتقليل من الاعراض
الواقعة المشخصة فالمرضى تكون فاقدة الشهية ويحصل عندهم تموع أو قيء
وتشنجى بالآلام فى الرأس واحساس بضغط وامتلاء فى القسم الشراسيفى
وغيرها من المسكبات التى تحصل فى أحوال التزلات المعدية المعوية وينضم
لذلك برقان خفيف يوقف الزعم بأن الحالة التزلية امتدت من الاثني عشرى الى

القناة الصفراوية ويكون تلون المواد البرازية بالصفراء قليلا
ولا يندران تكون فاقدة اللون بالكلية وحينئذ فلا يشاهد عند المريض أدنى
ظاهرة من الظواهر تدل على الخطر العظيم القادم هو عليه وفي الدور الشخص
المتقدم لهذا المرض يزداد اليرقان ويصير قسم الكبد مؤلما ومع ذلك فقد
يفقد الألم ولوعند الضغط القوي على هذا القسم كما ذكره (ميجر) وتشتكي
المرضى بالآلام شديدة في الرأس ويحصل عندهم قلق وضجر وتقع في حالة
هذيان شديد جنوني وقد تمت حالة التهيج العصبي الشديدة إلى اعصاب الحركة
بحيث تظهر تشنجات عضلية جزئية أو عمومية ثم يعقب ذلك سبعة الخطوط
عظيم عند المرضى وحالة تعب شديدة وقد يحصل ذلك أحيانا بدون تقدم ظهور
الأعراض العصبية السابق ذكرها فتقع المرضى في حالة تنفس يمكن إيقاظها
منه في الابتداء بواسطة ضغط قوي على قسم الكبد إيقاظا وقتيا ثم فيما بعد
لا يمكن إيقاظها منه بالكلية والحى التي قد تبسدى في دور الهجوم تظهر
اختلافا عظيما في سيرها ففي أثناء ظواهر التهيج الدماغى الذي يطرأ في دور
الهجوم يرتفع النبض وترتفع درجة الحرارة وفي انتهاء طور التزايد ينحط
النبض في بعض الأحوال ويهبط زيادة عن الحالة الطبيعية ثم تسبب حالة
المرضى انتهاء وصفات نفوسية فكل من اللسان واللسنة يظهر جافا مشققا
ويحصل كل من التبول والتبرز بدون إرادة ثم تهلك المرضى مع ازدياد
الانحطاط وارتفاع سرعة النبض مع صغره وظهور عرق غزير وهلاكها
يكون بعد بعض أيام ويندر أن يكون بعد بعض أسابيع

ثم إن اليرقان في الضهور الحاد الأصفر من الكبد ربما اعتبر يرقانا دمويا
ووجه يكون كرات الدم متلاشي وتنفس كالاخمية الكبدية بتأثير السبب
المضر الذى أحدث هذا المرض لكن كل من فقد تلون المواد البرازية وشدة
التلون اليرقانى من الكبد زيادة عن باقى الأعضاء يقرب من العقول وجود
عائق مجئائى من استنفار الصفراء وأما اعتبار فقد تلون متحصل
المعى بالصفراء نتيجة لفقدهم (المعروف بالاشولى) فينبغى ويرفض بشدة
التلون اليرقانى من الكبد وكذا لا يمكن نسبة التلون اليرقانى لحالة نزلية في
المسالك الصفراوية التي يظن وجودها من الأعراض الأولية من هذا المرض

فانه لا يوجد في الحويصلة المرارية ولا في المسالك الصفراوية صفراء مختبئة
 راكدة بل الذي يوجد فيها مادة مخاطية او قليل من المادة الصفراوية الباهتة
 ولذا كان من الجيد توجبه اليرقان بالضغط الواقع على ابتداء المسالك
 الصفراوية مدة دورا تنقح الحويصلات الكبديّة وفيما بعد يتناقص تجهيز
 الصفراء وتكون بما تدا فساد الخلايا الكبديّة وتلاشيها وما الظواهر
 الدماغية التي تكون الاعراض الاكثر وضوحا من الضهور الحاد الاصفراء
 للكبد فتوحى بها عسر وقد ذكرنا فيما تقدم الاسباب التي تمنعنا من نسبة
 تلك الاعراض الى تسجم الدم بالحوامض الصفراوية والاطباء الذين يعتبرون
 مرض الكبد هذا نتيجة تابعة لمرض تسمى أصلى او غيره من الامراض
 العامة يعتبرون الاضطراب الدماغى نتيجة ايضا لتأثير السبب المضر المؤثر
 تأثيرا عموما واما الاطباء الذين يعتبرون هذا المرض اصابة كبدية موضعية
 اولية فيميلون لتوجيه الاضطراب الدماغى بالتغير التابى للدم الناتج عن فقد
 وظيفة الكبد او امتصاص متحصل تلاشى الخلايا الكبديّة وقد وجد
 (فريركس) في البول تغيرات مهمة فان هذا السائل كان يحتوى زيادة عن
 المادة الملوثة للصفراء المتفاوتة الكمية (وعن الزلال النادر الوجود) على
 بلورات كل من اليسين والتيروزين وجواهر خلاصية أخرى وذلك
 في الراسب الذي يرسب منه عند تركه للراحة ونفسه واما البولينا والاملاح
 والنوسفاتية الكلسية فانها زالت من البول شيئا فشيئا وهذه التغيرات الدالة
 على التحلل غير طبعى في العناصر الازوتية لو وجدت على الدوام كان لها
 اهمية بالنسبة لهذا المرض وفقد وظيفة الكبد (فان شيرر وجد اليسين
 بكمية قليلة في البول مريض كان في اكلينيك المعلم بجرز واما التيروزين فلم
 يجده فيه والبولينا كانت موجودة فيه بكمية عظيمة والمعلم سندر وجد
 ما يشابه ذلك ايضا) وزيادة على ذلك فان كلا من اليسين والتيروزين يوجد
 في البول في غير هذا المرض من الامراض كالتي فوس والجدرى والصرع
 واما الانزفة التي تحصل في أثناء هذا المرض خصوصا من الغشاء المخاطى
 المعدى والمعوى وكذا غيرهما من المنسوجات فهي بلا شك ناتجة عن
 اضطراب غذائى في جدار الاوعية الشعرية أعنى عن سوء القيمة الدموى

الحداد الذي يشاهد في غير هذا المرض من الامراض الثقيلة التي تغير تركيب الدم

ثم انه بالبحث الطبيعى يتضح لنا علامات مهمة اذ به يعرف التناقص السريع المتقدم لاصمصة الكبد وهو العرض المشخص للضمور الحاد الاصفه لهذا العضو في الابداء يصير صوت القرع زنا فاطمليا حذاء القص الصغير اليسارى من الكبد وبعد يوم او ايام قليلة تفقد اصمصة بالكلمة والفقد التام لهذه الاصمصة يتعلق ولا بد بسقوط هذا العضو الضامر المسترخى الى الخلف نحو العمود الفقرى عند استلقاء المريض على ظهره فيحمل محله خلف الحداد الضامى المقدم جوفى عمودى يمتلى بالغازات ولا تنسى انه يوجد امراض كبدية اخرى ينتج عنها تناقص في اصمصة الكبد وانه يوجد بعض احوال ظاهرية من تناقص في اصمصة هذا العضو تقعنا في الخطا كالتى تنشأ عن وضع القولون المستعرض وانزلاقه بين جدر البطن والكبد وعن الانتشار الغازى في تجويف البريتون بل وعن مجرى الحالة الطبلية البطنية ومن البين الواضح انه قد يحصل عسر عظيم في التشخيص في بعض احوال النفوس المصنوب بريقان دموى وتعد عظيم طبلى في البطن يزحج الكبد عن الجدار الضامى لكن على العموم تشخيص المرض الذى نحن بصددده سهل متى اعتبرنا زيادة عن سيرة السربيع العلامات الثلاث الرئيسية له وهى البرقان والظواهر الدماغية وزوال اصمصة الكبد والطحال الذى يحصل فيه اتفاخ في غير هذا المرض من الامراض التسممية الانتشارية (بل في بعض الامراض المصنوبة بصعوبة في الدورة البوابية الكبدية) لا يتحقق من تمدده على الدوام سواء كان ذلك ناتجا عن قلة درجة اتفاخه أو عن تغطيته بواسطة التمدد الغازى من البطن

(الحكم على العاقبة والمعالجة)

يظهر تبعاً لبعض التجارب ان هذا التغير المرضى في ابدائه أعنى قبل حصول الفساد في الخلايا الكبدية قابل للشفاء ومن الجائز ان ذلك ليس بنادر في دور الهجوم الذى في انشائه لم يتيسر لنا معرفة هذا المرض معرفة تامة وأما حصول الشفاء عقب طرقات الظواهر المرضية المشخصة أعنى الظواهر الدماغية

وصغر حجم العضو الناتج عن تلاشي جوهره فلا يمكن تصوره ولو ذكر بعضهم انه شاهد في هذا الدور وبالنسبة لمعالجة هذا المرض لا يتيسر لنا حينئذ ذكر شيء يعتمد عليه مؤيد بالتجارب لكن حيث اعتبر التغير المرضي في هذا الداء التماسا جازا استعمال الاسنفراغات الدموية خصوصا ارسال العلاق حول دائرة الشرج والسهلات المحيطة والمكدمات الباردة على المراق الايمن ولا ينبغي اجراء ذلك لاسيما اذا علمنا للزعم أن الحالة المرضية الراهنة ليست مجرد برقان نزلي بل انها حالة مرضية من هذا الداء الخفيف وأما في الدور الثاني لهذا المرض فقد ثبت تبعا لجميع التجارب ان الاسنفراغات الدموية ذات تأثير مضر على سير هذا المرض وقد أوصى بعض أطباء الانكليز حينئذ بالسهلات الشديدة كالصبر وخاصة الحنظل وزيت حب ملوك ومادامت ظواهر التهييج في المجموع العصبي والضجر العظيم والهديان والتشنجات موجودة ينبغي استعمال الوضعيات الخليدية على الرأس وان طرأت ظواهر الخمود والسلب ينبغي استعمال الحمامات القشلية الباردة وهي معالجة نستعمل في احوال الظواهر الدماغية التشنجية بسبب جودة تأثيرها في احوال الاصابات الدماغية الانتهائية وبعض المرضى الواقعين في التندر والكوما وان عاد الى ادراكه وقياف في أثناء استعمال حمام بارد تشاخلي الا انه لا يأمل حصول نجاح مستقر في أحوال الضمور والاصفر الحاد في الكبد وعين ذلك يقال بالنسبة لاستعمال المنبهات من الباطن والظواهر الموصى بها عند حلول الظواهر الشلية والحوامض المعدنية عند حلول البقع الشمسية وقطع الخلية عند حلول القيء الشديد والقيء الدموي والتزيف المعوي

(الفصل الثاني في امراض المسالك الصفراوية)

*(المبحث الاول في التهاب النزلي للمسالك الصفراوية)

المعروف باليرقان النزلي*

(كيفية الظهور والاسباب)

كل من القنوات العظيمة المفترزة للصفراء والقنوات الكبدية والحويصلية والصفراوية والحويصلية الصفراوية مبطنة بغشاء مخاطي مغطى بطبقة بشرية ذات خلايا اسطوانية ومحتوية على اجرة شبيهة بمنقود عنب

وهذا الغشاء المخاطي كغيره من الأغشية المماثلة له في التركيب كثيرا ما يكون مجاسا للتهاب نزلي وقلة اتساع المسالك الصفراوية هي والقنوات الساقلة للصفراء يكسب هذا المرض الخفيف في حد ذاته أهمية مخصوصة فإن هذه القنوات الضيقة تنسد بسهولة من اتساع الغشاء المخاطي وتراكم المواد المخاطية المنقرضة فيها وهذا هو السبب الغالب لاحتماس الصفراء واعتصامها

ومن النادر ان يكون الالتهاب النزلي للمسالك الصفراوية أوليا بل الغالب أن يكون ناتجا عن احتقان شديد في الكبد يمتد الى الغشاء المخاطي كالذي يصاحب الممرطان الكبدي والديدان الحوية صابة المتعددة الجيوب والذي يصاحب كثيرا من الامراض التي تعوق استفرغ دم الكبد كما مرض القلب والاقترع الرئوية والالتهاب الرئوي الخلوي ويمكن ان يكون سبب هذا المرض الحالة النزلية الناجمة عن الحصوات الصفراوية ولكن لا بد من شرح ذلك في مجت على انفراد فانه كثيرا ما يصطبغ بتقرح في المسالك الصفراوية واعراض ثقيلة مخصوصة وقد يكون سبب هذا المرض أيضا التأثير المهيح للصفراء المتغيرة الواقع على المسالك الصفراوية لكن حصول هذا المرض بهذه الكيفية الاخيرة ليس مثبتا واكثر اصولا من ذلك هو ان يمتد الالتهاب النزلي الذي مجلسه الاثنا عشرى في محال انصباب القنوات الصفراوية الى المسالك الصفراوية من هذا العضو فيكاد يصطبغ هذا الالتهاب على الدوام بالتهاب نزلي في المعدة ولذا أن البرقان الناتج عن ذلك يسمى بالبرقان المعدي الاثنى عشرى او البسيط بسبب كثرة حصوله بهذه الكيفية وسيره الخفيف الغير الخطر ثم ان النزلة المعدي الاثنى عشرية التي تمتد الى المسالك الصفراوية تحصل من أسباب متعددة ولذا فمما ذكر أسباب البرقان المعدي الاثنى عشرى الى ما ذكرناه في أسباب النزلة المعدي المعوية

* (الصفات التشريحية) *

متى كان الغشاء المخاطي للمسالك الصفراوية مجاسا للالتهاب حاد نزلي يكون أحر رخاومتها وسطحها مغطى بمواد مخاطية بشرية ومتى كان اتساع

هذا الغشاء عظيم اصارت القناة الصفراوية منسدة تقريبا خصوصا بقرب
محل انفتاحها في الاثني عشرى اعنى في جوفها المعوى ومع ذلك توجد المسالك
الصفراوية في الكبدة متعددة ومتمثلة بمواد صفراوية محتاطة بمواد مخاطية
متفاوتة الكمية وجوهر الكبد يظهر فيه كذلك علامة احتباس
الصفراء وعند استقرار الالتهاب النزلى ومن اطو ولا يمكن أن ينتج عن
استمرار اتفاخ الغشاء المخاطى وضخامته انسداد كلى في القناة الصفراوية
وفي مثل هذه الاحوال تتمدد المسالك الصفراوية تمدا زائدا عن الحد جدا
والكبد يعظم حجمه وتظهر فيه هيئة احتباس الصفراء ظهورا واضحا

(الاعراض والسير)

الحالة النزلية للمسالك الصفراوية يسهل معرفتها في معظم الاحوال باعراض
احتباس الصفراء وامتصاصها ففى ظهرت هذه الاعراض الاخيرة وحصل
فيها وضوح وتقدم شيئا فشيئا وجب الظن ابتداء وجود حالة نزلية في المسالك
الصفراوية وذلك لكثرة حصول اليرقان النزلى بالنسبة لغيره من اشكال
اليرقان وحيث ان الالتهاب النزلى للمسالك الصفراوية يكاد لا يحصل
حصولا اوليا بل ينضم على الدوام الى الحالة النزلية المعديّة الاثني عشرية ففى
المهم معرفته أن اعراض النزلة المعديّة الاثني عشرية تسبق على الدوام
الظواهر اليرقانية وتصحاحا فيما بعد ولذا يسبق اليرقان النزلى على الدوام
بتغطية في اللسان وتغير في الذوق وغشيان وغير ذلك من اعراض سوء الهضم
وكما استطات مدة الحالة النزلية للمسالك الصفراوية وازدادتضايقها
تصير المواد البرازية قاسية اللون ويستند اللون اليرقانى للجلد والبول
وتضطرب الحالة العامة للتغذية وتشتد مكابدات المرضى وفي غالب الاحوال
يزداد حجم الكبد بل بعض الاحوال يرتقى ازدياد حجمه الى درجة عظيمة
جدا

ثم انه اذا أخذ المرض في الشفاء شوه وتحسن حالة المريض بعد ٨ او ١٤
يوما عادة فتعود الشهية وتزول تغطية اللسان شيئا فشيئا وكذا اعراض فساد
الهضم أيضا وفي معظم حينه تزدان بتحسن حالة النزلة المعديّة الاثني عشرية
تحسن الحالة النزلية للمسالك الصفراوية أيضا وفي الحقيقة يرى بعد مضي

أيام قلائل ان المواد البرازية اكتسبت لونها الاعتيادي شيئاً فشيئاً ويصير البول
أقل دكنة وهذا يدل على تناقص الاحتباس الصفراوي وتناقص امتصاص
المواد الصفراوية وأما المواد الملونة للصفراء المتراكمة في الشبكة الوعائية
المليجية للجاذف نزول سطحه فانه يشاهد بعد تلون المواد الصفراوية للبراز
واكتساب البول لونه الطبيعي بقاء اللون البرتقالي للجاذف بعض زمن حتى يزول
هذا الاعراض ايضا فبما به مثل باقي الاعراض

وفي احوال أخرى قد تستمر مدة التهاب النزلي للمسالك الصفراوية
ويصير من منا كالحالة النزلية المعديّة الاثنى عشرية وحينئذ تستمر مدة هذا
المرض عدة اسابيع بل اشهر ويشتهر بظهور البرقان وتزداد مخافة المرضي
ويكتسب المكبد حجما عظيما جدا ومع ذلك فيكثير ما ينتهي هذا المرض
ولو بهذه الحالة بالشفا مع المعالجة اللائقة ومن النادر ان ينتهي احتباس
الصفراء الناتج عن التهاب النزلي المذكور انتماء محزوناً باستمرار الاعراض
السابق ذكرها

* (المعالجة) *

حيث دلت التجارب على ان التهاب النزلي للمسالك الصفراوية يزول
بسرعة بزوال النزلة المعديّة المعوية التي امتدت الى هذه المسالك فالمعالجة
السببية تستدعي استعمال الوسايط التي ذكرناها عند الكلام على معالجة
النزلة المعديّة المعوية ففي بعض الاحوال المخصوصة المذكورة سابقا
يستدعي الحال اعطاء المقيحات والمسملات والمعرفات والتدبير الغدائي
اللطيف ولا حاجة هنا لذكر جميع الوسايط التي تستعمل في النزلة المعديّة
المعوية وانما نذكر هنا جود تأثير القلوبان الكربونية كيميكر بونات الصودا
وخلافها وتأثيرها الجيد في هذا المرض سواء كانت محلولة في بعرع صناعية او
في مياه معدنية طبيعية كما كراس باد وما ريه باد فاتما وان لم نسلم ان المياه تلك
التي يبيع تأثيرها الاواسط طبيا في احتباس الصفراء والبرقان فيجزم بانها لا يوجد
طريقة علاجية اكثر جودا وموافقة في مثل هذه الاحوال من استعمال
هاتين المياه فانهما تتم شيئا مضاربة السبب الاصل فان لم تسمح حالة المرضي
باستعمال مياه هذه النيا يبيع الطبيعى جازله استعمال المياه القلوية الصناعية

كماء الصودا وكلس باد وماريه باد وغيرها مع التدبير الغذائى المستعمل
فى حمام كلس باد ويمكن حصول الصباح بالاعتصار على هذه المعالجة
البسيطة

وقد تستدعى معالجة المرض نفسه استعمال المقيمات غائبة فى أثناء حركات
النفث تدفع الصفراء من المسالك الصفراوية والحوصل المرارية فتخفف وهه
انقضاء الصفراوية المنصبة فى الاثني عشرى وبهذه الكيفية يمكن دفع المواد
الخاطية السادة لقوة تلك القناة بقوة عظيمة وكان ينبغى كثرة استعمال
المقيمات فى هذا المرض اكثر مما يستعمل عادة لولان انتفاخ الغشاء المخاطى
هو السبب فى انسدادها تلك القنوت أكثر من المواد الخاطية المتجمعة فيها
ولم يخش ان تكرر استعمال المقيمات يمكن أن يزيد فى الحالة الزلية المعسدية
المعوية

ومن الممدوح بكثرة فى معالجة اليرقان النزلى حمض التريك جوت منه مخلوط
بجزءين من حمض الكلور دريك أعنى الماء المملح الذى يستعمل من الظاهر
على صفة حمام قدحى من ١٥ جراما الى ٣٠ (أعنى من نصف اوقية الى
اوقية) فى ماء حمام قدحى او على شكل مكدمات على قسم الكبد ومن
الباطن من جرامين الى خمسة (أعنى من نصف درهم الى درهم) فى ست اواق
من صواغ غروى ويعطى من ذلك مل ماعقة كل ساعتين ومن الجائزان
الاستعمال الباطنى لهذا الجوهر الدوائى يكون له تأثير جيد فى النزلة المعوية
وبذلك يحصل اندفاع التكدسات الخاطية السادة للمسالك الصفراوية وأما
استعماله الظاهرى فانظاهرا أن لافائدة فيه ويوجد تأثير المسهلات الشديدة
فى هذا المرض بازدياد الحركات الديدانية المعوية التى تمتد ولا بد الى القناة
الصفراوية لكن ليس لهذه الجواهر عموما كبير فائدة فى اليرقان النزلى ولو
كثرا استعمالها فيه وأما ما طوى الرقيق الحلو (بقدر ٥ سنتى جرام أعنى حبة
واحدة فى كل مساء) وجرعة وبينه (بقدر ماعق كل صباح) طبقا
للطريقة المعروفة بالانكليزية فمذموم ولو انه يحصل به شفاء فى أحوال عديدة
فى اليرقان النزلى ولا تستعمل المسهلات الخفيفة الا عند وجود اعتقال عظيم
فستعمل حينئذ الاملاح الطرية لاسيما طرطرات البوتاسا أو مطبوخ

القرهندى مع حمض الطرطير وشراب السناء والمن (بان يؤخذ من أوقية الى اثنتين من القرهندى ويغلى في ثمان اواق من الماء ونصف درهم من حمض الطرطير ومقدار كاف من شراب السناء والمن) أو يدعى منقوع السناء المركب أو معجونه المسهل أو مسحوق المنيزيامع الراوند

*(المبحث الثانى فى التهاب المسالك الصفراوية

أى الغشاء الكاذب والدفتيرى)*

يندر حصول التهابات ذات نضح ليمفى فى المسالك الصفراوية وان حصلت كان ذلك فى أثناء سير بعض التغيرات المرضية الثقيلة جدا كالتيقوس المستطيل وتغفن الدم والتيفويد الهمضى وفى التهاب ذى الغشاء الكاذب يوجد الغشاء المخاطى للحويصلة الصفراوية مغطى باغشية كاذبة متفاوتة التماسك وفى المسالك الصفراوية بتعقدات لبقية قنوية الشكل ومحتوية على مادة صفراوية فيؤدى ذلك لاحتباس الصفراء وفى التهاب الدفتيرى يكون جوهر الغشاء المخاطى مرشحا فى بعض اصفار محدودة منه بنضح ليمفى يؤدى لتضخيمه ولقد جوهري عميق بعد انفصاله وهذه التغيرات المرضية لاتعرف مدة الحياة بل والبرقان الشديد الذى يشاهد فى أثناء سير التيقوس وتغفن الدم والتيفويد الهمضى لايجوز نسبته لالتهاب ذى الغشاء الكاذب والدفتيرى فى المسالك الصفراوية فانه كثير ما يشاهد بدون أدنى تغيرات مادية فى المسالك المذكورة

*(المبحث الثالث فى تضايق المسالك الصفراوية وانسدادهما

والتقدم التامبى لها)*

(كيفية الظهور والاسباب)

السبب الغالب فى انسداد المسالك الصفراوية وهو التهابها النزلى لها ينذر أن يستمر زمنا كافيا بحيث يحدث تمددا مستقرا فى تلك القنوات وما يدعقها من النتائج ويعتبر من الاسباب الغالبة لانسداد المستقر فى المسالك الصفراوية أولا الاورام التى بضغطها تحدث انسدادا فى هذه المسالك وهى تكون نارة عبارة عن عدس طانية ناشئة من الكبدة أو البنكرياس أو المعدة أو الاثني عشرى وتارة أخرى تكون عبارة عن غدد ليفية أو معدية معترية الاستحالة الجبية

أوغبرها من الاستحالات المرضية أو إخراجات أو جيوب ديدانية منكبة
 أو أورام أنورزماوية أو عن القولون المتمدد بواسطة المواد الثقيلة المحتبة
 فيه والتميمسة ثانياً الانقباضات النديسة التي تخلف القروح المثمة التي
 كان مجلسها القنوات الناقلة للصفراء أو محل تقسمها بالاثني عشرى أو ثخن
 وضمور نابي في الرباط الكبدي الاثنى عشرى الناتج عن التهاب البريتوني
 المزمن لاسيما متى حصل الشجذاب أو الخشاء في القنوات الناقلة للصفراء
 فان ذلك يؤدي لانسداد في القناة الصفراوية أو الكبديّة أو الحويصلية
 المرارية ثالثاً وهو الاخير قد يحصل انسداد مستقر في المسالك الصفراوية
 عن الاجسام الغريبة لاسيما التجمعات الحجرية لثابتة
 * (الصفات التشريحية) *

الحالة التي يوجد عليها انسداد القنوات الصفراوية تختلف باختلاف المحل
 الذي حصل فيه الانسداد فان حصل في باطن الكبدة نفسه بواسطة تجمعات
 حجرية في المسالك الصفراوية مثلاً أو من ضغط أورام متكونة خارج هذا
 العضو وجد بعض المسالك الصفراوية فقط ممتدداً جديداً أو مستوياً
 في امتداد عظيم أو على هيئة الأول أو المنظوم وباطنهم على مادة مخاطية محتلة
 بالصفراء أو على بصديدي متلون بهذا السائل فيما اذا حصل التهاب وتكون
 خراج فيها وان كان المتمدد القناة الكبديّة حصل هذا التقدم في جميع المسالك
 الصفراوية الكبديّة بحيث ان التمددات السطحية تكون بروزات مقوّجة
 على السطح الظاهر من الكبدة وان كان مجلس الانسداد فوهة القناة
 الصفراوية حصل التمدد في هذه القناة هي والقناة الكبديّة معا وزيادة
 على ذلك فالغالب ان يحصل التمدد ايضا في القناة الحويصلية والحويصلة
 الصفراوية تقسمها وبالجملة ان كانت القناة الحويصلية هي المنسدة
 بانفرادها ينزل الغشاء المخاطي مستقرا على افرازه غالباً ولو ان الصفراء
 لا يمكنها التفوذ في الحويصلة الصفراوية وحيث ان هذا الافراز لا يمكن
 استفرغه فان الحويصلة الصفراوية تتمدد شيئاً بشياً بسبب تراكم فيها وهذه
 الحالة يعبر عنها بانسداد الحويصلة الصفراوية
 والقناة الصفراوية ان بقيت فوهتها منسدة يمكن ان تصل الى قدر متسع المعى

بل يمكن ان نصير كجيب واسع وتمدها يصل بواسطة القناة الكبدية وتفرعاتها
الى المسالك الصفراوية الشعرية وكذا الحويصلات الصفراوية وان تمددت
في الغالب الا ان تمدها لا يصل عادة الى الدرجة العظيمة التي يصل اليها تمدد
القناتين المذكورتين لان القناة الحويصلية تكاد بسبب انفتاحها على
شكل زاوية حادة ضيقة من القناة الصفراوية المتعددة والكبدية نفسها تعثر به
التغيرات التي ذكرنا انها واصفة للاحتباس الصفراوي المرتقي جدا فتكون
في الابتداء متزايدة الحجم والمسالك الصفراوية المتعددة تظهر على سطح الشق
كحويصلات عظيمة محتوية على مواد صفراوية او مخاطية سنجابية بيضاء خالية
عن الصفراء ثم فيما بعد يصغر حجمه بسبب ضيقه والخلل الكبدية في احوال
استسقاء الحويصلة الصفراوية تكون هذه الحويصلة مستجيبة الى كيس
شفاف متوتر من حجم قبضة اليد او بيضة الاوز الى رأس الطفل محتوية على
سائل زلال مائي واليافها الغنية لمبة تكون متباعدة عن بعضها ضامة
وغشاؤها المخاطي يكون فاقدًا لمنسرجه الاصل فيكون كغشاء مصلى
وفي بعض الاحوال قد لا يؤدي انسداد القناة الحويصلية الى عده هذه
الحويصلة بل الى انكماشها فيه قطع الافراز ويتكاثف محتوياتها المخاطية
الصفراوية وتستحيل الى مادة طبائيرية وأما مدر هذه الحويصلة فيحصل
فيها نخ وانهكاش بسبب ما يعتريها من تغير الالتصاق الزمن فيخاف ذلك
ورم يابس ممتلي بمادة طبائيرية يكاد يصل الى حجم بيضة الحمام
(الاعراض والسير)

أعراض الاحتباس الصفراوي الشديدة جدا هي اعراض اليرقان المعروف
بالعسلي التي لا يندرمضا فتمت باعراض السرطان أو غيبه من أورام البطن
او التهاب البريتون المزمن او الحصوات الصفراوية القديمة تكون الصفة
المرضية لانسداد القناة الكبدية والصفراوية فاليرقان يكون شديدا جدا
والمواد الثقيلة تكون فاقدة لالونها الكمية زيادة عن باقي اشكال الاحتباس
الصفراوي ومع ذلك فقد تسمر هذه الحالة زمنا طويلا بدون ان تظهر
الاعراض الثقيلة لتسهم الصفراوي المذكورة سابقا وقد يتيسر غالباً
معرفة انسداد الكبد متى كانت القناة الصفراوية منسدة ويحس مع ذلك

بالحويلة الصفراوية المثلثة المقددة كما أنه أحيا لا يمكن معرفة صغر حجم
الكبد التالبي فان تبسر معرفة وجود أروام سرطانة في البطن أو سبق ذلك
اعراض المغص الحصى الصفراوى أو ذات ظواهر مرضية أخرى على نوع
الانسداد صار التشخيص اكيد وفى بعض الأوال لا يتيسر الا معرفة
الانسداد لاسبابه

وأما الانسداد الحصى الصفراوى فمعدل ممرقة مدام فرداى بدون
مضاعفة بضائق أو انه قداد فى النفاذ الصفراوى أو لكبدية فان احس
بور كسرى ناشئ من قسم شق الحفرة الصفراوية مستير من أسفل وكان
متوتر هرا رمتوجاه وهذ ذلك عند مريض لم يكن اعترا برقان من قبل
دل ذلك على وجود انسداد فى القناة الحريدية وتعد فى الحوى صله فدها
بواسطة افراز ماع اعنى انسداد ويصا الصفراوى فان وجد مع ذلك يرقان
دل تعدد الحوى صله المرارية تقريبا على امتداد ابل لصفراء الحمة

وحيث يكاد لا يتيسر الا دفع باب الانسداد المقلولة الصفراوية
لا يمكن الكلام على ما يله هذ (مخرج الحجاج
(لمبحث اوسع

*) (الحصوات الصفراوية وما ينتج عنها

(كيفية الظهور ولاسبابه)

تكون الحصوات المرارية من انهم اموافو فربسا فى هذا الموضع
انجاث وروايات يدرأ الحصوات الاله اوية لانه كثر من الصفراء الغير
التغيره فانه يوجد فيه جواهر غريبة لا يتوى الصفراء الغير المتحولة
بالكثيره نيل الى اكل تكون حصوات الصفراء ويجب ان لا يلال انما
كما قوله كين واسبابه لاسباب وى اسلال لصفراء صفراء فى
الطن ان لتهيمات انرا بة لاله دلال واسباب الصفراء لخللا عظمها
فيظهر انه بواء صفراء لاله حتى ان يزر الحصى يتدلى وى صفراء فى
صفوات الود وبذلك يتبعه لى رسوب فى بعض الصفراء لاله على ذلك
الخلل هذا الملح لا يما الكو لترى رلو كبرت ابل انما الكسبة
الكونة اوة الحصى وى بقاء على تكون لصفوات الصفراء وى تبسج

التغيرات التي تحدث وكود في الصفراء اذ بذلك يحصل فيها تكاثف ولذا كانت الحصوات الصفراوية من النتائج الاعتيادية لبعض امراض الكبد والحويصلة الصفراوية التي ينتج عنها انسداد في المسالك الصفراوية أو شمل في الحويصلة كما يشاهد ذلك عقب اليرقان النزلي المستطيل المدة وكذا عقب التصاق الحويصلة الصفراوية بما يحيط بها وسرطان الكبد والحويصلة الصفراوية ونحو ذلك وقد يتسبب في بعض الاحوال عن الاجسام الغريبة تمكون رواسب في هذا السائل كالأبر والديدان انظر اطبيعة والا يكون كونيبة التي نفدت في الحويصلة الصفراوية وككرات من الرقيق المعدني ونحو ذلك وأما القول المعلوم من ان فوة الحصوات الصفراوية تشمل زيادة عن المادة البنية تسمى الكلسية على مادة مخاطية فقد اعتبره (كين) من الخرافات اذ لا يتأتى اثبات وجود هذه المادة في متحصلات فوة الحصوات الصفراوية بالامتحان الكيميائي

ثم ان الاستعداد الاصابه بالحصوات الصفراوية يزداد بمقدار السن فانه يشتر وجودها في شخص قبل الثلاثين سنة كما يندرجد امشاهدتها في سن الطفولة والنساء أكثر اصابه من الرجال (بنسبة ٣ الى ٢) ويوجه ذلك بفعل بعض مؤثرات مخصوصة والمعيشة الخلوسية والهصر ويظهر ان الحصوات الصفراوية يكثر عددها في بعض البقاع عن الاخرى لكن القول بان كثرة وجودها في المحال التي مياهها كثيره الكلس ليس أكيدا كما قاله (فريركس)

(الصفراء الشريحية)

الحصوات الصفراوية تتكون في جميع اجزاء المسالك الصفراوية من ابتداء مجريها الى محل انصباب القذاة الصفراوية في الاثني عشرى لكن أكثر تتكون في الحويصلة الصفراوية وما يوجد منها في المسالك يكون اما على شكل نويات صغيرة (تعرف بالرمل الصفراوي) واما على هيئة حصوات عظيمة مستديرة ويندر أن تكون متشجرة كما هو متفق في المسالك الصفراوية واما ما يوجد منها في الحويصلة الصفراوية فهو على هيئة كرات من حبة الدخن الى بيضة الدجاجة وقد يوجد منها الاحاد والاحاد و قد

التي اما لا تحتوى في طبقتها الظاهرة على مادة ملونة او انها تحتوى على تلك
المادة الطرية سيم البايروبيز واما ان استقر الضلال الصفراء المسكون
لله سادة من اطوار التكويت حصوات قليلة الكبر استثنى وكثيرة للمادة
المنقية السكونية ولا سيما الهنوية على منحصرات البايروبيز وهي
البايروبيز والبايوتوبيز والبايوميون وهو المادرة صفة صغرواوية
تذكرنة بالاكثر في غرسنة الترابية ودمها كبروناتيمة

وفي الالب نكو المصنوع الصغروبيز، ثم في الحويذات البايوية ويندر
التكويت المتصقة بجدارها وتنبس في انماجات بيضية فيها وفي الغالب
تكون مدر الحويذات الصغرواوية قليلة الكبر احيايا يكون قاعها
مجلا حقا و نفاخا في الحويذات، فيجوز فيه دجوه مرتفاوت
لامتداد واحد حتى ياتي في رءوس الحويذات الصغرواوية، وما

يجوزها من الاجرام هذائس في الترحيل بين الحويذات
نعميرات انها ليست بمرتوية بل ورتوية في شدة الحويذات
الصغرواوية فان حصل ذلك قبل التماسها العنوية يجاورها من
لاعضاء انبها في حوصلة في تحريف البطن فينشأ من ذلك التراب بريتوني
منتشر واما ان حصل الثقب في الجدار الباطني فيجوزها من الاعضاء
حصات استقرات ينهم ما بين المعمر القروا، والاثني عشرى وهو
العال با ان الثقب يحصل الى الخارج من جدار البطن في احوال اخرى
قد لا تكون المعيرات الحاصلة في الحويذات عن الحصوات الصغرواوية

طبيعة تقرحة في جدارها في الحويذات كقوتها على احتوائها
من المصنوعات او انه في بعض مدرها ترسبات كابية تسيطر على الحصوات
وتدفعها بها

واما الحويذات الصغرواوية التي يحبسها الممالاة الصغرواوية فيمكن ان ينتج منها
احتباس الصفراء والاثبات راية في تلك الحويذات، فيكون في السكون
وان ندعت حصوة عظيمة في القروا والالهة في الحويذات الوسطية المتصاحبة
لحويذات الصغرواوية فانها تتبدل فيها وبعدها في الحويذات الكمية
بجيب تضح جميع الالات المتجدة عن احتباس الصفراء وامتصاصها

كما تقدم ذكره بل وقد شوهد في أحوال نادرة ان التراكم العظيم للصفراء في تلك
العنوات ينتج عنه غرق فيها وباستمرار احتباس الحصوات الصفراوية زمنا
طويلا يمكن ان ينتج عنه التهاب موضعي وتقرح في القناة الخويصلة
والصفراوية ولو بعد انقضاء الحصاة في الاثني عشرى يؤدي الى
نسد ادمس في احدى هاتين القناتين بواسطة الانسداد الندي بل والحصاة
المتبسة يمكن ان ينتج عنها تقرح قد يدخل في تجويف البطن او المني بل والوريد
البواب

* (الاعراض والسير) *

كثيرا ما وجد عند فتح الحمة حصوات صفراوية في الخويصلة المرارية
بدون ان يكون قد نتج عنها اذى اضطراب في الصحة مدة الحياة بل يمكن القول
ان بعد من الاستثناآت كون الحصوات الصفراوية مادامت موضوعة في
الخويصلة الصفراوية ينتج عنها انكدر في الصحة وتضيق باعراض مخصوصة
بل وانتقال الحصوات الى صفراوية من الخويصلة الى القنات الناقلة
للصفراء ووصولها الى المني يمكن حصوله بدون ان ينتج عنه آلام او اعراض
اخرى ما امت الحصوات صغيرة أو متماثلة الحجم واما بزيادة تلك التجارب
التي تفعل في بعض الحالات المعدنية التي فيها يسير البحث بالدقة عن المواد
البرازية لاجل معرفته وجود تلك الحصوات فيها أم لا الحكماء كراس باد
او فحوه

وأما الحءواب التي يجلسها جدران القناة الكبدية فانه لا ينتج عنها الا مشاق
غير فارة بها لتبرير كس كالآلام الصماء واضطراب الهضم بخلاف تعدد
الكبد والبرقان فانهم ما يفقدان نمالها وعند ازدياد تهيج المسالك الصفراوية
يمكن ظهور نوب قشعريرة وحرارة وعرق تابعين يظن من وجودها بوجود
حتى متقطعة

وأما ان حصل التهاب وتقرح في المسالك الصفراوية أو خرج في الكبد
أو التهاب وريدى بان ظهرت اعراض تلك الامراض فتشخيص الحصوات
لصفراوية في الكبد لا يمكن اجرائه حينئذ الا في بعض الاحوال الواضحة
ولنشرح الآن مجموع الاعراض الذي لا يندد ان يظهر في اثناء مرور

الحصوات الصفراوية العظيمة من القنوات الناقلة للصفراء في أثناء احتباسها
احتباسا وقتيا المعروف بالمغص الحصوي الكبدى ثم اعراض التهاب
الحويصلة الصفراوية ونقرحها هي والقناة الناقلة للصفراء التي تنتج في
بعض الاحوال الادرة عن الحصوات الصفراوية

فاما المغص الحصوي الصفراوي فانه يحصل فجأة في الوقت الذي فيه تمتلئ
الحصوات الصفراوية من الحويصلة الصفراوية الى قناتها وتحتبس فيها
وذلك يحصل عادة بعد الاكل العظيم ببعض ساعات متى عرض متحصل المعدة
الحضى النافذ في الاثنى عشرى الحويصلة الصفراوية على انقباضات قوية
ويندر حصوله عقب المشاق الجسمية المحسوبة بتوتر في عضلات البطن أو
عقب الانفعالات النفسية وكثيرا ما يحصل بدون أسباب مدركة فالمرضى
تعتبرها آلام ترداد تارة يبعث وتارة بسرعة عظيمة وتكون ضاغطة أو ممزقة أو
قاطعة ودرجة تلك الآلام تختلف باختلاف عظم تلك الحصوات وكونها
ملساء أو حادة أو خشنة لكن على العموم يكون الألم شديدا جدا بحيث أن
الدرجة الشديدة تلك الآلام التي يقل وجودها في الألم المعدى العصبي
والمغص المعوي وانما يكثر وجودها في أحوال النقرص والمغص الكاوي
نلاحظ أن الطبيب بان المريض معتبره مغص حصوي صفراوي ولا يحسن
الظن بان مجلس تلك الآلام يكون محسوسا وذا كثيرا ما لا يشتكى به المريض
في المراق الاين بل في قسم المعدة أو القسم القطنى اليمى أو الجهة اليمنى من
القفس بحيث أن الطبيب يزعم وجود ألم معدى أو مغص كاوي أو أنه داء
التهاب بليوروى وبعض المرضى ولو أنهم متيقنون لنا اننا لا قدرة لهم على
تعيين مجلس المرض بل أنه ممتد الى جميع البطن والصدر بل الى الكتف الاين
ولا يندر أن تكون عضلات البطن متوترة والجزء العلوى من هذا التجويف
كثير الحساسية عند الضغط وتكون المرضى اذ ذلك في حالة قلق عظيم وفي
حالة تألم زائد بحيث أنه في احداث التلطيف بتغير الوضع وفي الغالب لا توجد
حمى ومع ذلك فقد شاهد (فريركس) احوالا حصل فيها نوب تشبه بمرارة عقب
ذلك ارتفاع في الحرارة الى درجة الاربعين وخمسة من درجة فهرنهايت ويكون
النفس غالبا طبيعيا ومريعا احيانا ومع ذلك فقد ذكر ولف ان لتناقص

الصفراوية او انسدادها وذلك بان تبقى الحصاة ما كثت في القناة الصفراوية
او ان يخلف مرورها من تلك القناة بتأثيره المبخانيكي تفرح الترابي ينتج عنه
انكماش ندى فتضيق تلك القناة وتفسد وتنتج ذلك هو اليرقان العسلي المستمر
وان كان المنسد هي القناة المرارية نتج عن ذلك انسداد حويصلي مراري
او ضمور في تلك الحويصلة

ثم انه بمرور حصاة صفراوية من القناة المرارية الى القناة الصفراوية يمنع
استقرار الصفراء بالكليّة أو يتعذر

واحتباس الصفراء يمكن ان ينتج عن اتساع في الكبد وتعدد مدرك في
الحويصلة المرارية ويرقان كبدي امتصاصي غالباً وذلك فيما اذا لم تنفع
الحصاة من القناة الصفراوية بسرعة وهذا اليرقان الذي يشاهد غالباً بعد
انتهاء التوبة يكون في العادة خففة اوقية ما بحيث لا يشاهد في الملاحظة المباشرة
الا في اثناء بعض ساعات ولذا انه كثير اماً لا يعرف ويختفي ومع ذلك فهو هذا
اليرقان اهمية عظيمة تشخيصية اذ بوجوده يزول كل تغيب بالنسبة
لطبيعة نوب الالم بل بهذا اليرقان يمكن الحكم على طبيعة نوب الالام
السابقة التي لم يشاهد فيها ليرقان او اختفى وكانت اعربت نوب الالام عصبية
عصبية أو معدية

والحصوات الصفراوية التي اندفعت في الاثني عشرى في راسه ثم اغتمها بالقيء
والغالب اندفاعها مع المواد المثلية ومن البادر ان يكون اندفاعها مصحوباً
بغص أو تبرز من مواد مثلية دوائية بل يكاد يحصل على الدوام بسبب ولة
وبكيفية غير مدركة بحيث لا ترى الحصوات في الوال البرازية الا مع
البحث الدقيق بالكليّة وفي بعض الاحوال لا ترجع الحصوات في المواد البرازية
بعد مضي التوبة مهما كانت دقة البحث بواسطة مصفاة مصب الماء عليها
وعلمها في مثل هذه الاحوال يسوغ القول بان احتباس الحصوات انما
كان في عنق الحويصلة المرارية او في الجزء الابتدائي من القناة المرارية
اعني في مقرب مكان كون فيه زوال احتباس الحصوات ناتجاً عن وجودها
ودخولها في الحويصلة المرارية ومع ذلك فلم ير في بحث المصغص الحصى
الصفراوي بعض أمور غير واضحة اما في ذلك الامر العديم التوجيه وهو

كون الحصوات الصفراوية الكاثنة في الحويصلة المرارية عند بعض
الأشخاص ليس لها أدنى ميل للانتقال من محلها طول الحياة بخلافها عند
أشخاص آخرين فانها تنتقل على الدوام من محلها مارة في المسالك الصفراوية
وتتكرر ذلك لمرات وكان ينبغي أن يكون لسبب المغص الحصى
الصفراوي ثلاثة أدوار متميزة عن بعضها باختلاف شدة الظواهر المرضية
بهيث ان الدور الاول يوافق احتباس الحصوات في القناة المرارية الضيقة
والثاني دخولها في القناة الصفراوية المتسعة والثالث احتباسها ثانية في الجزء
المعقوى الضيق لتلك القناة ومع ذلك فمثل هذا الانتظام في سير الأكم الذي
كان يمكن أن يستدل منه على المحل الموجود فيه الحصاة لا يدرك الا في أحوال
استثنائية

ثم ان التهاب الحويصلة الصفراوية وتقرحها الناتج عن الحصوات الصفراوية
لا يؤدي لأعراض واضحة الا متى اشتبك البريتون في الالتهاب وهذه
الأعراض عبارة عن الظواهر المرضية للالتهاب البريتوني الجزئي أو الحاد
احيانا السابق ذكرها وكل من مجلس الألم في قسم الحويصلة الصفراوية
ونوب المغص الحصى الصفراوي التي تكرر وجودها من قبل والتمكن
من الاحساس بالحصوات في الحويصلة الصفراوية كما تبصر ذلك لكثير من
الاطباء وانا أيضا سمعنا عند النساء ذوات الجدران البطنية المسترخية يرجح
القول بان جذر الحويصلة الصفراوية قد اعترها الالتهاب والتقيح بواسطة
التجمعات الحجرية الكاثنة فيها وان حصل تفتت في الحويصلة الصفراوية
قبل التصاقها بما يحيط بها من الاعضاء انضخت الصورة المرضية السابق
شرحها التي تسكا. أن تكون واضحة لدخول جواهر غريبة في تجويف
البريتون فمثل المريض في قليل من الايام بواسطة الالتهاب البريتوني
المنتشر وان كانت الحويصلة الصفراوية قد تم التصاقها بالاعضاء المجاورة
لها عند حصول تفتتها بقيت الظواهر الالتهابية البريتونية قاصرة على قسم
الحويصلة الصفراوية وينضم لذلك علامات اضطراب في وظيفة المعى
وكثيرا ما تبقى الصورة المرضية في هذه الحالة الاخيرة غير واضحة الى ان
تتدفق حصاة صفراوية عظيمة الحجم جدا لا يتأتى تصور مرورها من القناة

الصفراوية والتجمعات الخجيرية المارة من الحويصلة الصفراوية إلى المعى بواسطة اسطى طارق غير طبيعي يمكن أن تكون عظيمة الحجم جدا بحيث يتيسر مرورها من القناة المعوية فينشأ عن ذلك اعراض القولنج وعندنا حصاة من حصوات كواسترينية في حجم بيضة الحمامة وكانت أرسلت لنا مع الزعم انها معوية وانقذت من المستقيم مع مشاق عظيمة عند امرأة كانت على ما قيل مصابة بنوب متكررة من التهاب كبدى وفي أحوال أخرى قد شوهد بعد الموت باعراض القولنج حصوات صفراوية عظيمة محتبسة في المعى الدقيق لاسيما عند صمام (بوهين) وان التصلب الحويصلة المرارية الملتبسة بالجلد الما المقدم من البطن أحمر به على شكل ورم صلب محدود أحيانا ثم التهاب الجدر الباطنية فيما بعد ويتكون فيهاخراج يخرج منه فيما بعد مصديد ثم مواد صفراوية ثم عدد عظيم من الحصوات الصفراوية (وهذا ما يسمى بالناسور الحصى الصفراوى) والخراج لا ينفخ على الدوام في جزء البطن المرفوع أسفل الحويصلة الصفراوية بل كثيرا ما يكون انفجاره بعيدا عن ذلك بعد تكون قنوات ناصورية في جدر البطن ويندر أن يلتئم الناسور عقب خروج حصاة صفراوية أو جملة منها حالابل الغالب استمراره زمنا طويلا أو طول الحياة نيسل منه على الدوام مادة صفراوية وان كانت القناة المرارية منفذة خرج منه سائل صاف

وأما التهاب القنوات الناقلة للصفراء وتقرحها بواسطة التجمعات الحصوية فإنه يسبق باعراض المغص الحصى الصفراوى إلا أن ذلك لا ينتهى بالمحطات وراحة تامين بل يخف ذلك آلام في قسم الكبدة وزيادة حساسية عند الضغط وينضم لذلك رقان شديد وغير ذلك من اعراض الاحتباس الصفراوى العظيم اذا استمر احتباس التجمعات الحصوية في القناة الصفراوية ونتج عن ذلك التهاب فيها وبالجملة فتدبحصل في مثل هذه الحالة ثقب في القناة المذكورة والتهاب يرتوى تابحى (كما شاهدناه اندرال) لكن الغالب ان يكون هلاك المرمى بقائح احتباس الصفراء المسقر مع اعراض النهوكة المعروفة بالتسمم الصفراوى للدم

(المعالجة)

ينبغي الاجتهاد في حفظ المرضى الذين اعتراهم نوب متكررة من المفص
 الحصى الصفراوى ووقايتهم من تردد نوب جديدة أو غبرها من نتائج
 الحصوات الصفراوية وكلما كثرت نوب هذا المفص واتضح انما من كثرة
 زوايا الحصوات الصفراوية المنقذقة وأسطعها انه ولا بد من زل وجود منها عدد
 عظيم في الحويصلة الصفراوية كما كان الاهتمام بالوسائط العصية
 والعلاجية التي يتعشم فيها وهاية المرضى عظيم وقد دلت التجارب على انه
 باستعمال مياه (كراس باد) كثيرا ما تنقذ كمية عظيمة من الحصوات
 الصفراوية مع مكابدات قليلة في الغالب وعين ذلك يقال بالنسبة لاستعمال
 غير تلك المياه من المياه المعدنية السكثرة القلوية كماء وبشي وما ربه باد
 وأمس ونحو ذلك ولا يمكن توجيها هذا التأثير الجيد بكمية شافية ولا القول
 مع التأكيديان كارتايرها فأنجاعت ازدياد المفسر اذ ورفتم اسبب كثرة
 الشراب من تلك المياه وعن ازدياد وتنبيه الحركات الديدانية المعوية المعتدة
 الى الحويصلة المرارية بحيث انه يسهل انقذاف تلك الحصوات بهذا التأثير
 المزدوج أو بانه يسهل انحلال تلك الحصوات وتفتم بواسطة كثرة دخول
 المواد القلوية في الجسم أو بانه يمنع أو يحد من تكوّن حصوات جديدة
 بواسطة القلويات ودخولها في الدم وليس من البعيد عن العقل القول
 بانحلال الكولسترين بواسطة دخول كمية عظيمة من الاملاح الصفراوية
 القلوية

وزيادة على ذلك فمن المشهور جدا في معالجة المفص الحصى النتائج عن
 الحصوات الصفراوية بواسطة العلاجية للطبيب (ديوراند) وهي عبارة
 عن مخلوط مركب من الاتير ١٥ جراما (أعنى ثلاثة دراهم) وزيت
 الترمينتا ١٠ جرام (أعنى درهمين) ويعطى من هذا المخلوط من ١٥ الى ٢٠
 نقطة في سواغ غروى ثلاث مرات كل يوم الى أن يصير تعاطى نحو الثلثمائة
 وخمسين جراما (أعنى رطلا) من هذا المخلوط غير ان هذه الواسطة العلاجية
 يعسر على المعدة تحملها زمانا طويلا لا يكون الاتير وزيت الترمينتا يحلان
 الحصوات الصفراوية عند وضعها فيهما لا يترتب عليه التشم بأن هذين
 الجوهرين بوصفهما الى المعدة يصلان الى الحويصلة الصفراوية ويحلان

التي كانت التجربة المتجمعة فيها ولذا ان الواسطة العلاجية (لديوراند) ان كان لها تاثير جيد في الحصوات الصفراوية والتغيرات المرضية التابعة لها كما يوصى بذلك كثير من اطباء المشهورين والمعتمد على قولهم فلا بد وأن يكون حصول ذلك بكيفية أخرى غير معلومة لنا

والمدروح بكترة في معالجة المغص الحصوي الصفراوي والمعتمد عليه هو استعمال الافيون مع الاقدام فتعطي صبغة الافيون البسيطة بقدر عشر نقطة او المرفين بقدر سنتيصرام واحد في كل ساعة أو ساعتين ويكرر ذلك مرتين أو ثلاثة الى ان يحصل خدر خفيف واسرع من ذلك وأقوى منه في تسكين الآلام الحقة تحت الجلد بالمرفين بل وفي بعض الاحوال الشديدة جدا قد أوصى باستنشاق الكلوروفورم مع الاحتباس الى ان يحصل تأخير المرفين ومن الوسائط العلاجية المساعدة الضمادات الفاترة على البطن والحمامات الفاترة والكورال الايدراقي لاجل احداث النوم والتي المستعصى ينبغي مضاد بته بماء الصودا وقطع الجليد أو الشبانيا أو بالحقن تحت الجلد بالمرفين في حفرة المعدة وان استطالت نوب الام وازدادت الحمى وصار قسم السكبد شديد الحساسية عند الضغط وجب ارسال عدد عظيم من العلماني على هذا القسم ووضع مثانات بمثلثة بالجليد والتمسك بمعالجة كالتي تفعل في التهاب البريتوني المحدود

ولا يندر أن يصير انخراط المرضى عظيمًا بحيث يلجئ الحال لاستعمال المنعشات مع الجواهر المسكنة للآلام كالنيبيذ والاثير والقهوة وأما استعمال المقيحات والمسملات في أثناء النوبة فانه يزيد في الآلام وينبغي التوقي من استعمالها سيما وانها ليس خالية عن الخطر وأما عقب زوال النوبة فلا بأس باستعمال مسهل لطيف سيما ان كان التبرز عقب النوبة قبل الاو ذلك لاجل سرعة انقذاف التجمعات الحصوية الموجودة في المعى مع البحث الجليد عن المواد البرازية ان كان في التشخيص بعض تغيب

وأما معالجة التهاب المسالك الصفراوية وتقرحها الناشئ عن الحصوات الصفراوية فلا بد ان امن الاقتصاد فيه على معالجة عرضية حيث لا قدرة لنا على ازالة السبب المستمر للتأثير فينبغي المبادرة بفتح الخراجات المتوجعة

في جسد البطن ومعالجة التواء صير التابعة لذلك طبقة الماستدعية قواعد
البراحة وأما انسداد المعى بمصوات صفراء وية عظيمة فيبقى فيه استعمال
الوسائط السابق ذكرها والمغص الشديد يستدعي استعمال الخدرات

*(في أمراض الطحال) *

*(المبحث الاول) *

*(في احتمقان الطحال ونحوه المعروف بوزم الطحال الحاد) *

*(كيفية الظهور والاسباب) *

ازدياد حجم الطحال هو العرض الاكبر في الماهم لا غلب أمراض هذا
العضو لالمرض الذي نحن بصدد فقط ومهولة انتفاخ الطحال لا تتعاقب
بكثرة أو عمية فقط بل على الخصوص بتأليفه وتركيبه الخاص به أعني
بمهولة قعره وحفظته وجوهرها اللينى الاصلى المتكون من منسوج خلوى
ذى الياف مرنة وآلاف عضلية قليلة ملساء وبوجود مسافات خالية في سبيله
الوعائية سواء كانت تلك المسافات عبارة عن مسافات حقيقية خالية بين
الاوعية أو عن قعدات كهفية في الاوعية الشعرية الوريدية في مسالكها
الدموية المنغلقة غلقا تاما وكان الطحال بواسطة حقنه بالماء أو نضجه (كما قاله
ذلك) يتدد قعره عظيمًا كذلك يتزايد حجمه ازديادًا عظيمًا في أثناء الحياة بازدياد
متحصله الدموى أو أخليته 'الينفاوية' في زمن قصير بل قد يشاهد تغير واضح في
حجمه في الحدود الصحية الطبيعية سيما انتفاخه بعد قليل من الساعات من
تعاطى المطعومات أعني في الزمن الذى فيه تتماثل العناصر الغذائية
المنهضة مع الدم وتختلط به ومن المعلوم تناقص حجم الطحال أيضا وصغره
في قليل من الدقائق باحتمال مقدار عظيم من السكينين

ثم ان ما يقال عموما بالنسبة لأمراض الطحال أعني من كون أغلبها عرضيا
لمرض آخر وانما تنتج عن أمراض أولية أخرى يقال على الخصوص بالنسبة
لاحتمقان هذا العضو وينبغي تمييز شكلين من احتمقان الطحال كاحتمقان غيره
من الاعضاء وهما الاحتمقان التواردى والاحتمالامسى

أما الاحتمقان التواردى فانه ينشأ عنه ورم الطحال في الأمراض التسممية
الانتشارية الحادة كالتيقوس والحيمات المتقطعة والتسمم العقن من الدم

والحمى النفسانية والنفوس الطمعية والحميات الباردة ذات النكسة
والحميات الطمعية الحادة وطبقا لمشاهدات (ويل) يحصل ورم في الطحال
كعرض من امراض الزهري البني ولو في قلب من الاحوال والمعالجة
المضادة للداء الزهري كما تزيله تزيل أيضا ورم الطحال

وكذا طبقا للمشاهدات التي أجراها (فريدرايش) يحصل ورم حاد في الطحال
في أحوال الدفعية الحلقية والحرة لوجهية وبعض أشكال من الذبحة
اللوزية والرسكام الحاد ولا سيما التهاب الرئوى وارتسك هذا
المؤلف على ذلك في رأيه القائل بأن هذا المرض الاخر بمن طبيعة تسمية
انتشارية في بعض الاحوال وليس من المعالوم انما عاكس كان
توارد الدم المتزايد نحو الطحال في الامراض التسمية فالحاصل استرخاء جواهر
هذا العضو بالتأثير اللاواسطى للدم المتسهم او عن حالة شلالية في العناصر
العضلية من الجدر الوعائية ومن الجواهر الشبكية الخلاقى أعنى من اضطراب
عصبى في الطحال وأما تفاخه في الحميات المتقطعة فقد وجد بالاضطراب
العظيم للدورة الذي يحصل في دائرة الجسم في أثناء طور القشعريرة وازدياد
امتلاء الاعضاء الباطنة بالدم ولا سيما الطحال القليل المقاومة عقب تناقص
الدم الدائرى من الجسم لكر هذا ما يد لنا على ان هذا الامر قليل الأهمية
وهو ان عظم اتناخ الطحال لا يكون بنسبة شدة طور القشعريرة وأن
الطحال يستمر اتناخه في دور الحرارة وقد يكون الاحتقان التوارى نتيجة
اضطراب الخيض بطريقة ضباقوية وبالجملة قد يحصل هذا الاحتقان
في الطحال في احوال جروح هذا العضو والتهاباته وتولداته الجديدة
واوضح شكل من هذا الاحتقان يشاهد في احوال السدد الدموية لهذا
العضو

واما الاحتقان الاحتمالى للطحال فانه ينشأ غالبا عن تضيق او انسداد
في الوريد الباب كما بينا ذلك في كثير من امراض الكبد كالسبروز والتهاب
لوريد الباب وغيرها من الامراض وحيث ان أغلب الاحتقانات الوريدية
البوابة الاحتمالية تكون ذات مدة طويلة لا بد وان يشاهد بجوار
الاحتقان الطحال تغيرات اخرى في جواهر هذا العضو ستذكر في المبحث

الآتي

وأقل من ذلك مشاهدة وانضاحا احتقانات الطحال الاحتباسية التي
تصاب أمراض القلب والرئتين العاتقة لاستقرار دم الاوردة الاجوفية
ويتماد تأثيرها المذكور بعيدا عن أوعية الكبد الى أوعية الطحال
(الصفات التشريحية)

الطحال المحقق يوجد دائما أعظم حجما وثقلا من الطحال السليم ماعدا
الاحوال الاستثنائية التي فيها تكون مخنطة هذا العضو متكاثفة فأقده
لمرونها فوجد فيها الطحال المحقق متزايد الحجم وكل من تزايد الحجم والثقل
يكون تارة قليلة وتارة عظيمة بحيث ان حجم هذا العضو وثقله يزيدان عن
حاليهما الطبيعيين أربع مرات أو ست والطحال عند الشخص السليم البالغ
يكون طوله في الحد المتوسط من ٤ قراريط الى ٥ وعرضه من ٣ الى ٤ وسماكته
من قراريط الى قراريط ونصف وثقله ٢٠٠ جرام الى ٢٥٠ والطحال المتزايد
بواسطة الاحتقان يكون حافظا لشكله ومخنطته تكون متورمة ملسا غالبا
وانما في الاحوال التي فيها يكون قد زال انتفاخ هذا العضو تكون متكدرة
متينة وقوام الطحال متناقصا وذلك يحصل أيضا في أحوال انتفاخ الطحال
النابع عن أمراض أجاسية ما دام هذا الانتفاخ حديدا ولم يحصل في جواهر
هذا العضو تغيرات أخرى - تذكر فيما سأتى والطحال المنتفخ يكون في جثة
الاشخاص الهالكين بالتيفوس والحمى النفاسية والتسمم العفن من الدم
وخواجا حتى ان جواهره عند شقه يظهر عجينيا ومع ذلك يذفي عند الحكم
على تماسك هذا العضو المحقق اعتبار سرعة تعفن الجثة في مثل هذه
الاحوال ولو أن الطحال يكون أكثر ذكوة كلما كان الاحتقان حديدا وعظيما
الدرجة وفي الاحوال الحديثة جدا المرتقى فيها الاحتقان الى أعلى درجة
يكتسب جواهر الطحال هيئة جلاطة دموية جراثيم سوداء ثم يصير فيها بعد صغرها
أو بنفسجيا باختلاطه بمواد بجمية تسمى وفي بعض الاحوال تظهر الجسيمات
المليحية المنتفخة النامية على سطح هذا العضو على هيئة نويات باهتة
شبيهة بالدرن

وبالبحث الميكروسكوبي لا يوجد على شيء من العناصر القريرية سوى ازدياد

واضح في الاخلية الطبيعية للمادة البنية من الطحال وكرات دموية عديدة
يحدث لاحاجة الى نسبة انتفاخ الطحال الذي نحن بصدد تغييره النهائي
أو نقضي فيظهر حينئذ ان الورم الحاد من الطحال ينشأ ما عن ازدياد المتحصل
الدموي لهذا العضو وانتشاح جوهره بمادة مصلية فقط أو مع ذلك عن
ازدياد الاخلية اللينقاوية ازديادا وقتيا ومع هذا فذكر بعض المؤلفين
الذين يقولون بأن جرثومة الامراض السمية الانتشارية الحادة هي جسيمات
آلية ونبية ان تلك الجرثومة الطفيلية تكون متراكمة بعدد عظيم في الطحال
وفي المادة العضوية لاخلية جوهره اللي

ثم ان ازدياد المادة البنية من الطحال تتغير فلا تعرف عند استقرار احتقان
هذا العضو منطويلا فان هيئة الطحال وقوامه حينئذ يتغيران تغيرا
عظيما ويبقى هذا العضو متزايدا في الحجم على الدوام فنفسا حالة تعرف بالورم
المرمن من الطحال أو ضخامته وسنذكر في المبحث الآتي
(الامراض والسير)

الانتفاخ الاحتقاني من الطحال يكاد يظهر على الدوام بدون أن نشهركي
المرضى بالام ذاتية أو احساسات متعبة ومع ذلك فالضغط على المراق الايسر
قد يحدث تألما عندهم وهذه المشاهد تطابق التجارب المعروفة من ان تمدد
الاعضاء القليلة المقاومة جدا تكون قليلة الالم بخلاف توتر الأغشية
أو الارتبطة أو نحو ذلك من الاجزاء التي يسهل تمددها فانه ينتج عنها ألم شديد
فان اشتكت المرضى في أثناء سير الحجات المقتطعة أو التسفوس أو نحو ذلك
من الاحوال المرضية بالمرضى فيهم الطحال دل ذلك على ان المحافظة الطحالية
قد اعتراها تسكاثف ونحن نغفل عن تغيرات مرضية سابقة وصارت غير مرئية أو على
وجود تغيرات النهائية اعترت الطحال أو نحو ذلك قد ظهرت في أثناء سير تلك
الامراض

وفي معظم الاحوال تفقد الطواهر المرضية الحسوسة للمريض التي يمكن
نسبها مع التأكد لاحتقان الطحال لا لمرض الاصل في فاحته فان الطحال
كان لا يعرف ولا يدرك لولا معرفة الطبيب بوجوده غالبا أو داء في احوال
مرضيه معلومة وانه في كل حالة راها نبحث باللمس والقرع فيما حتى يثبت

هل هو موجود حقيقة أم لا

واحتقان الطحال الذي يظهر في أثناء سير الامراض التسممية يزول عادة بعد انتهاء سير المرض الاصل ولا يختلف تغير جوهرى ما في هذا العضو ويختلف الحال بالنسبة لاحتقان الطحال الذي يصاحب الحيات المتقطعة واحتقانات تواردية واحتباسية أخرى فيما اذا استقر هذا الاحتقان زمنا طويلا باستمر آثار التغيرات المرضية لتي أحدثته وسند كفى المبحث الا في ان ضخامة الطحال تكون نتيجة ملازمة لاحتقانه المستمرة زمنا طويلا ومن القادر ان يؤدي احتقان الطحال الى الهلاك لماعدا الاحوال التي فيها يتزق هذا العضو وهذا العارض قد شوهد طرقه في بعض أحوال الحيات المتقطعة والتيفوس والتيفويد الهبضى وحصول الموت اذ ذلك يكون في الحال باعراض التزيف الباطنى عقب تزق الطحال او بعد جولة ساعات او أيام وانذار احتقان الطحال لا يتعلق به بل بالمرض الاصلى المصاحب له و انتفاخ هذا العضو وان كان له غالباً أهمية في الطب العملى فماذا ك الامن - ثمة التشخيص اذ من المعلوم ان تشخيص كثير من الامراض التسممية لاسيما التيفوس يرتكن فيه غالباً الى وجود عدد الطحال أو عدمه

وأما البحث الطبيعى فهو الذى يستدل منه بالاكثر على احتقان الطحال ولذا ذكر فى شرح العلامات الطبيعية لانتفاخ الطحال الاحتقان فى بعض كليات على التشخيص الطبيعى لأمراض الطحال بموافقة قول

ان لطحال الذى يوازى في الحالة الطبيعية بقطره المستطيل كلاً من سببر الضلع التاسع والعاشر من الجهة اليسرى يكون موضوعاً بينه العلوى المقدم فى تغير الجنب الخارج ومغطى بالخافة السفلى من الرئة اليسرى بحيث ان الذى يمكن العثور عليه بالقرع هما الثنتان السفليان الخلفيان من هذا العضو لكن هذا الجزء من الطحال لا يمكن تحديده محيطه بالقرع تحديدا تاما وذلك لان الصوت الاصم الخلقى من الطحال في هذا الجزء يختلط في جزء من امتداده بالصوت الاصم للكلية اليسرى بحيث ان الذى يمكن تحديده بالقرع تحديدا تاما هو الثالت السفلى فقط وأما الطرف السفلى المقدم من الطحال فيه يكون موضوعاً عادة خلف الطرف المتقدم من الضلع الحادى

عشر وأعلى منه يقلبيل ولذا يقال عادة ان الطحال متزايد في الحجم متى كانت
 الاصبية المقعدة من الطحال مجاوزة نلظ يتوهم امتداده من قبة الضلع
 الحادى عشر الى المفصل القصى الترقوى اليسارى لكن الحد المقدم لاصبىة
 الطحال يكاد لا يصل عند بعض الاشخاص الى الخط الابطى اليسارى فبعض
 الاطباء الغير المفرنين لا يجدونه بالقرع وذلك لانهم يمحشون عنها نحو الامام
 والاجود عند البحث عن الطحال بالقرع أن يوضع المريض ما تلا الى اليمين
 قليلا ثم ينسد بالبحث عن القطر العام ودى لاصبىة هذا العضو في الخط
 الابطى وتحديده وهذا القطر يختلف امتداده في الحالة الطبيعية فقد
 يكون صغيرا جدا يكاد لا يقاس وقد يكون امتداده من ٥ سنتيمترات الى ٦
 ويعتبر الطيب في الغالب على الحد العلوى من اصبىة الطحال حذاء اندغام
 الضلع الثامن وأعلى من ذلك عند ما يكون الطحال متزايدا في الحجم وينبغى
 تعيين هذا الحد ابتداء فاه من النادر أن يعرض عرض ذلك وبالجملة فالقاعدة
 المتبعة هو تعيين حدود الطحال على الدوام في المثل التى يتيسر لنا فيها ذلك
 بسهولة اذ بذلك يسهل علينا تعيين الحدود الاخرى وكثيرا ما لا يتضح رقبيا
 بالقرع على الطحال وجوده في هذا العضو او عدمه وذلك في الاحوال
 التى يكون فيها اتفاحه قليلا جدا وازدياد اقطار اصبىة قليلا وكذا
 في الاحوال التى فيها يكون مغطى بجزء من المعدة أو من القولون المتعدين
 قددا طبيا بحيث انه مع عظم حجمه تظهر اصبىة متناقصة أو زائدة بالكلىة
 وكذا في الاحوال التى فيها يكون الطحال مغطى بدلا عن الاحشاء المحتوية
 على هواعبالاعضاء الخالصة عنه كمعدة المملئة بالمطعمومات والقولون
 الممتلئ بمواد ثقيلة والفص اليسارى من الكبد المتزايد في الحجم ونحو ذلك
 وأصبىة الطحال تغير موضعها كاصبىة الكبد في أثناء التنفس بحيث
 انها تترشح الى اسفل في مدة الشهيق فتوقفاط وتقع الى اعلى في أثناء
 الزفير التام بهذا القدر ايضا وعند الوضع على الجهة اليمنى نصير اصبىة
 الطحال اكثر غورا واطل امتدادا ولذا كان من الجيد البحث عن المريض
 في اوضاع مختلفة - حتى يمكن التحقيق من تناقص اصبىة الكبد او تزايدها
 مع ملاظة تعيين حد اصبىة هذا العضو في كل وضع

و بالجلس يمكن بسهولة معرفة ورم الطحال المجاوز لحافة الاصلاع من الاسفل
وتمييزه عن غيره من الاورام ويندر أن يمتد ورم الطحال الحاد الذي نحن
بصدده الى تجويف البطن. وغاية ما هنالك انه يحس به عند التنفس العميق
جدا والبحث بالجلس له أهمية عظيمة في تشخيص ورم الطحال المزمن الآتي
بيانه في المبحث الثاني

• (المعالجة) •

استعمال الطحال يندر أن يكون موضوعا لمعالجة لا واسطية فانه يشفاء المرض
الاصلي يكاد يزول على الاورام انتفاخ الطحال بدون مدخل للصناعة وان بقي
انتفاخ الطحال الحاد في أحوال استثنائية وكان قائما بنفسه كما يشاهد ذلك
عقب بعض العمليات الاجسامية وجب استعمال الكيئين بمقدار عظيم
أو الكينويدين الذي هو أقل غمما فانهما واسطتان نوعيتان أكدنا التأثير
اذمن المعلوم انه بعد تعاطي محلول الكيئين بقدر جرم يحصل ولا بد تناقص
في أهمية الطحال بعد عشر دقائق ويحصل كذلك تناقص في الطحال المنتفخ
بجملة من المستقيمت في أثناء استعمال التشنل البارد طبقا للمشاهدات
فلورى وقد شاهد مسر انقباضات واضحة في الطحال عند ملاسته
للماء البارد الملامسة لا واسطية وشوهد هذا التأثير ولو بدرجة قليلة بوضع
الماء البارد على الطحال من خلال الجدر البطنية وهو اقوى عقب استعمال
التشنل البارد عند وضع المكدمات الباردة أو الايكاس الجلدية على
قسم الطحال ومع ذلك فهذه التأثير أقل ولا بد من تأثير الكيئين المحدث
لانقباضات في الطحال وعلى كل حال فندم استعمال الماء البارد سواء
كان على شكل الحمام البارد أو المثانات الجلدية أو التشنل البارد
لاستعمال الكيئين في آن واحد في معالجة ورم الطحال الحاد والمزمن فان
ذلك النجح وانم من استعمال هذه الواسطة الاخيرة على حدها واما قوة تأثير
الكهر باتية في اورام الطحال المستقرة زمنا طويلا في الشفاء فلم يأت كدها
بالكيفية

• (المبحث الثاني) •

• (في ضخامة الطحال المعروفة بالورم المزمن للطحال) •

(كيفية الظهور والاسباب)

الاحوال المرضية الموجبة لضمامة الطحال لا تعتبر كالاشكال المختلفة من
شكال الطحال المذكورة في المبحث السابق تغيرات مرضية ابتدائية
ذاتية بل تعتبر نتيجة عرضية لتغيرات مرضية متنوعة فحينئذ يخص الطبيب
عن التغير المرضي الاصلى المحدث لضمامة الطحال هو الغاية التشخيصية
التي ينبغي التما كدها ومن المعلوم ان بعضا من الاسباب الاصلية المؤدية
لاحتقان الطحال يحدث أيضا ضمامة في هذا العضو وذلك فيما اذا صارت
تلك الاسباب المرضية الاصلية مزمنة ولذا توجد أورام طحالية مزمنة
تعتبر درجة متقدمة من الاورام الطحالية الحادة الواصلة لحالة الضمامة
وأكثر اشكال الاحتقان التواردي للطحال الذي يؤدي في الغالب لضمامة
هذا العضو هو الاحتقان الذي يكون مرتبطا بالتسمم الاجامى ولذا
نشاهد الاورام المزمنة من الطحال ليس فيما اذا كان التسمم الاجامى يسير
بصفة الجيمات المتقطعة ذات النكسات العديدة فقط بل كذلك فيما اذا نتج
عن تأخر هذا التسمم حبات مترددة أو نمومة مزمنة بدون أن يثوب
جسمه فانه في الحال المتسلطنة فيها التصاعدات الاجامية تسلطنا وطنيا
يوجد عدد عظيم من الاشخاص معتبرهم ورم الطحال المزمن العظيم الحجم
جدا

ومن النادر جدا أنه يستمر اتفاخ الطحال على شكل ورم مزمن في هذا العضو
عقب امرض تسببه انتشارية أخرى كالتيفوس والحمى التيفوسية ذات
النكسة والداء الزهري البني وقد تؤدي الاحتقانات الاحتباسية للطحال
الناجمة عن عوائق دورية الى ضمامة مستمرة في هذا العضو وذلك يقال
على الخصوص بالنسبة للاحتقان الاحتباسي في هذا العضو المتعلق بمرض
في الكبد أو في الوريد الباب أو المتعلق بمرض مزمن في القلب أو في الرئتين
وهذا أندر من السابق وجميع أورام الطحال المزمنة المذكورة (ماعدا
الناجمة عن التسمم الاجامى) تصل عادة الى حجم متوسط وأما ورم الطحال
المزمن الذي يصاحب البكيميا الصادق والكاذب فيسبب كعند شرح هذين
المرضين في آخر هذا الفصل

(الصفات الثمينة)

الأورام الطعالية المزمنة السابقة الذ كختلف صفاتها على حسب كون العناصر المتزايدة من الجوهر الالبي للطحال أو الجوهر الخلوي أى الضام لعناصره أو كون التزايد فيها معاً على حد سواء ففي الحالة الأولى أعنى عند تزايد أخلية الطحال وكثرة تراكمها يكون قوام هذا العضو قليل التزايد وسطح شقه يظهر لونه اعتيادياً إما أحمر قانياً أو أحمر داكناً بحسب درجة كثرة الدم فيه وقلته واما تزايد حجمه ووزنه فقد يكون عظيماً جداً لاسيما نوع ورم الطحال الليكمى الذى هو من هذا القبيل فإنه يمكن أن يصل الى حجم ووزن عظيمين جداً (فيكون طوله من ٢٠ الى ٣٠ سنتيمتراً ووزنه من ٦ أرطال الى ١٢ أرطال)

وأما في احوال ضخامة الجوهر الضام الخلوي فان قوام هذا العضو يكون متزايداً جداً صلباً ويظهر الجوهر الالى التيبس على سطح الشق ذاهياً. الحمة عضلية ويتدفق فيه الجوهر الخلوي على هيئة حواجز مبيضة متكاثفة ونوع ضخامة الطحال الناشئة عن لتسمم الاسبابى تظهر غالباً لونا أسمر سحبابياً أو ترائياً بل مسوداً عقب تراكم أخلية بجمته في جوهر هذا العضو تكون تارة دائية وتارة منحصرة في أخلية وسند كذالك عند شرح الميلانيمى ومحفظة الطحال الواقعة في الضخامة تكون متكاثفة متببسة بسبب ما يعتري غشائه المصلى من الالتهاب الخفى ولا يندرتصاقها بما جاورها من الأعضاء وقد يوجد جد في أورام الطحال التى من هذا القبيل بورات دموية اسفينية الشكل مطابقة لما سبذ كفى مبحث السدد الدموية المتكيسة لهذا العضو

(الاعراض والسير)

قد استنتج من بعض الاحوال ان ضخامة الطحال قد تستمر زمناً طويلاً بدون اضطراب عظيم في الصحة العامة عقب انطفاء التغير المرضى الاسبابى الاصلى التى نتجت هي عنه ومثمل هذه الاحوال يستدل منها ما على ان الطحال المتزايد في الحجم يمكن ان تمام وظيفته أو أن غيره من الأعضاء يحل محله والذى يرتكن اليه في القول الاخير هو الامر المعالوم من أن بعض المكلاّب الذى

استوصل الطحال منه قد يبقى زمنا طويلا حافظا لحالة تغذية عامة جيدة
ويتناسل الى غير ذلك ومع هذا ففي معظم الاحوال تشاهد اضطرابات
نسبة عامة مهيمنة عند وجود التضخمة الطحالية المذكورة ولوان تلك
الاضطرابات يمكن نسبتها بدون واسطة للمرض الاصلى الذى نشأ عن ورم
الطحال لكن لا ينكر أن درجة تلك الاضطرابات العامة تتعاق ولابد بعظم
ورم الطحال وطول مكثته فان معظم المرضى المستر بهم ورم عظيم فى الطحال
من منذ زمن طويل يظهر ون فى حالة انيميا فاقدين اقواهم ويكسب الجاد
عندهم لوناً أصفر شديداً وكثافتاً عند الاشخاص السمر (المعروفة بهيئة
التطحل) وكل من الشفتين والاعشى الخاطبة يظهر باهما خالبا عن الدم
ويوجد عندهم ضيق فى النفس بسبب التناقص العظيم فى كرات الدم الحمراء
حيث يحصل عندهم ضيق فى النفس عند الاحتياج لبرعة النفس عقب
المجهودات الجسمية وكذا تغذية جدران الاوعية الشعرية قد يعثرهم انقباض
فقر الدم يحصل فيها هشاشة مرضية ويسهل غرقها وخروج الدم منها أعنى
سوء القنية الدموى فقطراً أنزفة شعرية بدون أسباب مدركة لاسيما النزيف
الانفى أى الرعاف والنزيف الجلدى اى الفس و ليس للقول المعلوم من ان
الرعاف عند المصابين بأمراض فى الطحال يحصل من طاقة الانقباض اليسرى
ادنى صحة والانزفة المعدية والمعوية ان ظهرت ينبغى الالتفات الى كونها
لا تحصل فقط من سوء القنية الدموى بل من احتباس دموى مخائلي فى الوريد
الباب متعلق بالمرض الاصلى وكل من الانيميا والايدريما يرتقى فى الدرجة حتى
تقدم هذا المرض الى أن يظهر سوء القنية الاستسقاءى فتحصل الوردية
فى الاطراف السفلى ابتداء من الاستسقاء اللعمى فى الاحوال الثقيلة

والبحث الطبيعى يستدل منه فى أحوال أورام الطحال المزمنة على علامات
تشخيصية اكبر فزياً عما يستدل منه فى أورام الطحال الحادة فان الاخيرة
بسبب قلة ازدياد حجم الطحال فيها غالباً لا يستدل عليها الا بواسطة القرع
لا يمكن العثور عليها جديداً بواسطة الجس بخلاف الاولى فلكون الطحال
فيه اعظم حجمه جديداً يكون بارزاً اسفل قوس الضلع اليسارى بجزئه السفلى
فتكون ولا بد واضحة عند الجس بحيث يكاد لا يشك فى تشخيصها وزيادته

عن ذلك فالطحال الواقع في الضخامة لا يتغير شكله تقريبا ويبدو بقبس
العظيم عند الجلس ثم لم يعرفه بالكلية فلا يحس في كثير من الاحوال
بالطرف السفلي من الطحال الذي يكون حافضا لاتجاهه الى اسفل والانسية
تحو الخط المتوسط من البطن فقط بل يحس كذلك بطرفه السفلي سيما الحافة
المقدمة الحادة مع الميازيب الموجودة فيه وهذه الميازيب تعظم عند
ما يعظم حجم الطحال وتسير كثيرة الوضوح وعند وجود جلة منها وكان بين كل
اثنتين منهما فصوص مستدير ربما نفهم الحال على الطبيب غير المتقرن فيظن
بان هذا الدور ما خفيما .

والاورام الطحالية العظيمة يمكن أن ينتج عنها تضيق عظيم في الجهة اليسرى
من البطن بقرب الارتفاق العاني من الاسفل الى نحو المسافة الضلعية
السادسة أو الخامسة من الاعلى وان انضم للبحث بالجلس البحث بواسطة
القرع وجدان الجزء الممكن الوصول اليه من الطحال بالجلس يقابله جزء
آخر أهم عند القرع خاف جدر الاضلاع وهذا الجزء أن يكون ان لشكل
يضاوى عظيم وحركات ورم الطحال الناشئة عن حركة الحجاب الحاجز
يمكن أن ينتج عنها في بعض الاحوال لغط يحس ويسمع

وورم الطحال المزمن لا يكون مؤلما مادامت محفظته البريتونية غير ملتصقة بل
ويمكن قليل الحساسية عند الضغط عليه ومع ذلك فقد يكون متعبا بمقلبه
العظيم فيشعر على المريض التورم على الجهة اليمنى كما انه يرتفعه الى أعلى
ودفعه للحجاب الحاجز يحدث عسر في التنفس وسعال

(الحكم على العاقبة والمعالجة)

الحكم على عاقبة ضخامة الطحال يتعلق من جهة بقابلية شفاء المرض
الاصلي ومن هذا القبيل ضخامة الطحال الناتجة عن التسمم الالجابي او
الزهرى ومن جهة أخرى يتعلق بعظم الورم وطول مدته فان الاورام المزمنة
العظيمة الحجم جدا من الطحال لا يتعشم بشفاء تاما والذي يتعشم
بشفائه هي الاورام الطحالية الصغيرة الغير المزمنة جدا ومع ذلك فقد ذكر
(عبري) انه شاهد شفاء تاما في بعض الاحوال التي كان وصل الطحال فيها
الى حجم يفوق عن حجمه الطبيعي بأربع مرات أو ستة بالاقل وكان واصل الى

السيرة تقريبا ومع وجود ورم الطحال واستمراره لاما نزع من استقرار الحياة
جمله سنين

ثم ان شفاء المرض الاصلى الناتج عنه ورم الطحال هو الدلالة الابتدائية
لمعالجة هذا المرض في الاحوال التي فيها يكون ورم الطحال ناتجا عن القسم
الاجامى ينبغي تغيير محل الإقامة واستعمال المركبات الكيفية سيما الكينين
اذ بذلك يحصل على النجاح انما ينبغي للمرضى عدم الرجوع بسرعة الى
الاماكن الاجامية واستعمال المركبات الكيفية زمنا طويلا مع الاستقرار
بل وفي احوال ضخامة الطحال المزمنة جدا يجوز استعمال هذه المركبات
الكيفية وفي الاحوال التي فيها لا يثر الكينين بانفراده يحصل على نجاح
منه بانضمامه الى كبريتورالنتيون الذهبي بمقدار يزداد فيه منه ما شيا
فشيا (بان يعطى من كل منهما من نصف قعة الى ثلاث قعات ثلاث مرات
أو أربع كل يوم كما ذكره بيجر) وأما ورم الطحال المزمن الناتج عن
الليكميا الحقيقية والكاذبة وعن انسداد الوريد الباب وسيرور الكبد
والامراض النقيصة للرئتين والقلب فليس للصناعة فيها غالب النجاح
كالامراض الاصلية المتعلقة هي بها

ومن المستعمل بكثرة في معالجة الاورام الطحالية المزمنة اليود سيما على
شكل المياه المعدنية اليودية (عند الاشخاص الغير المتقدمين في التهوكة)
ويودور الحديد والحديد الذي له تأثير واضح عند انضاج ظواهر الانيميا وأما
مقعة ملح النوشادر الحديدى المستعمل بكثرة فنجاحه غير مثبت والاجود
في الاستعمال والموصى به بكثرة هو استعمال المركبات الكيفية والحديدية
في آن واحد والافرق في ذلك استعمال الحديد على شكل مياه الحديد في بعض
البقاع أو الحمامات الحديدية في ثناء الفصل الجيد من السنة وعند الاشخاص
الاقوياء يمكن استعمال شرب المياه السوداء المحتوية على ملح الطعام أو ملح
جسولوبير والاستحمام بها ومن المشهور في ذلك الاستحمام بالمياه القلوية
الحديدية الموجود في ماريه باد وفرانسباد وتباس ونحو ذلك
وأما ما يخص المعالجة الموضعية لورم الطحال فمداستخرج من تجارب المعلم
(بودكين) انه باستعمال الكهرتائية يمكن الحصول على تصغير حجمه ولو كان

ورم هذا العضو واصلاحه عظيم واستعمال الكهر باثية يقتصد ذلك يكون
بتسليط التيار الكهر بائي المتقطع على قسم الطحال في اتجاهات مختلفة من
خمس دقائق الى خمس عشرة دقيقة بل أمكن معرفة التأثير الكهر بائي
المنقص لورم الطحال بالبحث بواسطة القرع والمقارنة قبل تأثيره وبهذه
وأما الاستعمال الموضعي للماء البارد في انتفاخ الطحال فقد ذكر في المبحث
السابق

(المبحث الثالث)

(في الاستحالة النشوية للطحال المعروفة بالطحال الدهني)

يراجع بالنسبة لاسباب الاستحالة النشوية وطبيعتها ما ذكرناه مع البيان
في مبحث الاستحالة النشوية للكبد من التكرار

الاستحالة النشوية للطحال تبدأ كافي غير هذا العضو من الاعضاء من
الشرابين والاوعية الشعرية الرفيعة ثم تمتد الى العواصر الخلوية
للعويصلات المليحية واب هذا العضو وقد تكون حوصلات الطحال
هي المكابدة للاستحالة المرضية بانفرادها وتظهر حينئذ في الطحال
القليل التزايد في الحجم على هيئة جسيمات من حجم حب الدخن الى حب
الذرة فالج ذات لون سنجابي شفاف شبيهة بالساجو المطبوخ (وهذا هو
المسمى بالطحال الساجي) وان كانت هذه الاستحالة معتربة الطحال بتمامه
اكتسب هذا العضو في الاحوال المتقدمة الواضحة حجما عظيما جدا
كافي احوال الضخامة المذكورة في المبحث السابق وحينئذ تكون الحافة
المقدمة القاطعة من الطحال مستديرة وقوامه يكون يابساصلا وسطح
شقه أملس مستويا ذا المعان شبيهة بلمعان الدهن ولونه داكن أو أحمر قاني
بل أحمر سنجابي والاوعية الطحالية كافي أوعية الجسم محتوية على دم قليل
الاحمرار مانع

وفي احوال الاستحالة النشوية من الطحال تكون المرضى انبواوية كثيرا
او قلبية لا وواقعة في حالة نهوك ويحصل هنا أيضا كافي احوال الضخامة
البسيطة أنزفة من الانف وكدم واستسقاء ومع ذلك في هذا الشكل
من ورم الطحال يزداد عسر توجيه تعاقب هذه الاعراض باستحالة الطحال

أو عدمه فإنه في مثل هذه الاحوال يوجد غالباً زيادة عن المرض الأصلي
استحالات نشوية في غير هذا العضو من الاعضاء كالكبد والكلى والمعدة
وغیر ذلك ومثل هذه التغيرات لا ينبغي ولا بد اعتبارها عند الحكم على
اعراض النوبة

ثم ان البحث الطبيعي خصوصاً بواسطة الجس يتضح به وجود مرض في
الطحال متفاوت العظم كما ذكر في البحث السابق والاستدلال على ان ورم
الطحال ناتج عن الاستحالة النشوية وليس عن ضخامة هذا العضو لا يتيسر
الا في الاحوال النادرة التي فيها لا يكون الكبد معتمراً الاستحالة النشوية
ايضاً واضحة فيها علاماتها التي فيها لا يوجد مرض من الامراض الأصلية
التي تنشأ عنها الاستحالة النشوية

وأما ما يقال بالتمسك بالحكم على عاقبة الاستحالة النشوية للطحال ومعالجتها
فهو عين ما قيل في بحث الاستحالة النشوية

(البحث الرابع)

(في السدد الدموية للطحال والتهابه)

(كيفية الظهور والاسباب)

السدد الدموية للطحال تحصل فيه أكثر من باقي الاعضاء معدداً
الكليتين وهي تنشأ في معظم الاحوال بلا شك عن انسداد بعض الشرايين
الصغيرة بواسطة السدد السيارة السابحة في الدم وهذه السدد تنشأ غالباً من
القلب الأيسر وتكون عبارة عن تجمعات دموية أو توفدات فطرية
صمامية أو بقايا المنسوجات المتقرحة المندفعة بواسطة التيار الدموي فان
من النوادر العظيمة ان لا يوجد في الطحال سدد دموية حديثة أو قديمة
في جثة المالكين يعيوب في الصمامات مع بروزات أو تمزق فيها أو في الاعمدة
اللحمية من القلب ويندر أن تكون السدد السيارة ناشئة عن أورورزما
الأورطي أو من بروزات متتمة كرزقة في الرئتين بعد مرضهما من الأوردة
الرئوية والقلب الأيسر قبل وصولها إلى الأورطي والشريان الطحالي ومن
الناظر أن يكون ينبوع السدد السيارة من المجموع الوريدي الدائري أو
البوابي وحينئذ يشترط أن تكون قد مرت في هذه الحالة من الاوعية

الشعرية الرئوية والكبدية فإنه ليس من المعلوم وجود بورات انتقالية فقط في الرئتين بل وفي الطحال والكليتين وغيرهما من الأعضاء في أحوال التسليم الصديدي للدم بواسطة تقنيات دائرية كما أنه يوجد في أحوال الانقباض الوردي البوابي تغيرات التماسية ليست فقط في الكبد بل وبعيداً عن هذا العضو

وغلة كون التغيرات الانتقالية في الطحال وغيره من بعض الأعضاء لا تحصل وتغضى بدون أحداث اضطرابات تزول بسهولة كما يحصل ذلك في غير هذا العضو من أعضاء الجسم توجه بأن كل فرع من فروع الشريان الطحالي له دائرة توزيع وانتشار مخصوصة بدون أن ينتهي بشبكة وعائية شعرية ويقوم بغيره من الشرايين المجاورة ففروع الشريان الطحالي عبارة عن أنماط شريانية (كما ذكره كونهان) فالانسداد الصديدي لأحد الفروع الشريانية يحدث ولا بد في الجوهر المتوزع فيه هذا الشريان تراكمات دموية محدودة بعبءه نزيف فيه وهي السدة الدموية وتراجع كيفية حصول السدد الدموية منها للتكرار فيما تقدم

ثم أنه يشاهد في الحالة التي فيها لا تؤثر السدد الدموية السبارة الساجية في الطحال أو غيره من الأعضاء تأثيراً ميكانيكياً فقط بل تؤثر كذلك بفوقاتها الكيميائية التسممية كالسدد السبارة الناشئة عن تعقدات دموية مفسدة أو من بورات صديدية أو فيجية حصول التهاب مفسدة بسرعة إلى الأجزاء المحيطة بها بواسطة التهيج الناتج عنها فيؤدي ذلك إلى تكون قيح أو صديد مع فساد جوهري في المنسوج المعبر عنه بالخراجات الانتقالية

وقد تحصل السدد الدموية في الطحال حصولاً استثنائياً في أشخاص بعض الأمراض التي لا تؤدي إلا لاحتقانات تابعة في هذا العضو فتوجد هذه السدد الدموية في أحوال التسمم الأسجى والنفوس وبعض الأمراض الطفحية الحادة وغير ذلك وقد وجد باشكويديس عند قطعه لبعض الفروع العصبية الطحالية سدد دموية في أجزاء هذا العضو الموازية لتلك الأعصاب وفي مثل هذه الأحوال تكون السدة الوعائية الثابتة هي التي أحدثت السدة الدموية في الطحال عقب عسر الدورة الموضعية وبطنها

وقد ينشأ الالتهاب الطحالي القابض عقب التهييج الممتد الى هذا العضو من
تغيرات مرضية مجاورة كسرطان المعدة وقرحتها والنضج البريتوني
الالتهابي المتكيس اذ بذلك يحصل الالتهاب ابتداء في محفظة الطحال ثم يمتد
من هذا الى جوهر هذا العضو وأما الطحال فلا ميل قليل للالتهاب الذاتي
فالالتهاب الطحالي الاول الناتج عن أسباب غير معلومة يعد من النوازل
العظيمة بل والمؤثرات الجراحية الواقعة على قسم الطحال تكون مهلكة
للمرضى بجروح الطحال أو تمزقه أو النزيف البطني أكثر من كونهم تحدث
التهاب الطحال وتقيحه القابض


(الصفات التشريحية)

السدد الدموية للطحال تظهر عادة بشكل اسفيني تقريباً قاعدة متجهة نحو
دائرة الطحال ملاسة لمحفظة غالباً وقته متجهة نحو فرجة هذا العضو ومن
هذا الشكل ومن تحديد السدة الدموية تحديداً واضحاً وامتدادها يتضح
انها صلبة على فرع شرياني وامتداد السدة الدموية الطحالية يختلف
باختلاف عظم الشريان المصاب وقد لا توجد الاسدة الواحدة وقد تعدد
وتختلط بعضها غالباً والمنسوج المنسكب فيه الدم يظهر ذا لون قاتم أو أحمر
مسود متبساً من دمها وباقى جوهر الطحال يكون محتملاً احتقاناً
مفاوت الدرجة والطبقة المصلية المغطية له تكون ملتصقة في الجزء المجاور
للسدة الدموية وبعد استقرار هذه البورة الدموية زمنياً ولا يتغير لونها من
المركز بسبب مكابدة الجوهر اللين للاستحالة الشحمية واستحالة المادة
المالونة للدم الى مادة ايماثودينية حميرية متبلورة وفي الاحوال الجيدة قد
تتصل المادة المائعة فيخلفها ندبة منسدة لا تجمجمة ينتج عنها التبعاج واضح
في السطح الظاهر من الطحال وقد يحصل تنكسر في البورة مع استحالة جبنية
أو استحالة كلسية تابعة

وأما البورات الصديدية الالتهابية للطحال فوجودها نادر (يقطع النظر
عن التجمعات الصديدية الانتقالية التي ليس لها أهمية كإفريقية علمية
عمامة بسبب السير السريع القتال من المرض الاصل) والسدد الدموية
الطحالية ليس لها ميل عظيم للاتهاب بالقيح ولذا ان خراجات الطحال

الحقيقية لا تشاهد الا عقب الاصابات الجرحية بندرة وعقب امتداد
 التهيج من مرض مجاور للطحال الى جوهر هذا العضو او انهاء للالتهاب
 الطحالي غير المعروف السبب في بعض الاحوال والتغيرات الالتهابية التي
 تسبق تكون الخراج في احوال التهاب الطحال التقيضي غير معروفة لنا
 معرفة تامة فقد وجدت خراجات طحالية قديمة متكيسة في منسوج لبني
 وفي العادة تمتد تلك الخراجات وفي مثل هذه الحالة يمكن أن يلاحظ شئ جسيم
 منسوج الطحال الى المحفظة الطحالية فتتعدد عددا عظيما جدا على شكل
 جيب تملئ بمواد صلبة وحينئذ يمكن أن تمزق محفظة هذا العضو فيصل
 متصل الخراج الى تجويف البطن أو الى باطن أحد الاعضاء الحشوية ان
 كان غمد الطحال ملتصقا بما حوله قبل التمزق وقد ذكرت احوال فيها
 انسكب خراج الطحال في المعدة والقولون وتجويف البليورا من خلال
 الحجاب الحاجز أو وصل الى الخارج بعد انثقاب جدار البطن
 وفي الاحوال النادرة قد يصل خراج الطحال عقب  كانت متصلة
 واستحالته الى مادة طباشيرية أو عقب انفجار محفظة أو استقر اغه الى
 الخارج

• (الاعراض والسير) •

السدد الدموية الطحالية لا تعرف في كثير من الاحوال الا عند البحث عن
 الخفة فان السدد الدموية الصغيرة لا ينتج عنها عادة ألم ولا ازدياد مدر في حجم
 الطحال ومن جهة أخرى توجد احوال فيها يشاهد كلا العرضين المذكورين
 وهما الألم في قسم الطحال والانتفاخ الواضح في هذا العضو ولكن الظواهر
 المرضية المصاحبة لذلك في الحالة الراهنة لا تسمح بالتأكد ان كانت تلك
 الظواهر ناتجة عن السدة الدموية الطحالية أو عن مجرد احتقان الطحال
 وذلك متى كان المرض الاصل من جلة الامراض التسممية التي يشاهد فيها
 كلا هذين التغيرين فلا يصل التشخيص الى درجة من التأكد الا
 في الاحوال التي فيها يوجد بجوار الاعراض المرضية المذكورة مرض أصلي
 ينتج عنه غالباً سد سياراة في الشرايين الدائرية فان شوهد مرض مصاب
 بعيب في أحد العظام القلبية أو بالتهاب حديث في الغشاء الباطن من

القلب واشتكى هذا المريض بثقل أو ألم في المراق الايسر يزداد عند الضغط
 وانضم لذلك في وجود عند البحث الطبيعى تزايد في حجم الطحال لم يكن
 موجودا من قبل بقيل وجب تشخيص سدة دموية طحالية والالام تنبع عن
 الالتهاب البريتونى الجزئى المضاعف لهذه السدة والى مظاهر عرضية
 وعظم الطحال ينبع عن الاحتمان التواردى لهذه العضو ويسبب
 التشخيص تأكيدا عظيما ان وجدت سدة سبارة في أعضاء أخرى
 كالكلبتين والدماغ والشريان المركزى الشبكي والاطراف وأمامعرفة
 الخراجات الانتقالية لهذه العضو والمصاحبة للتسمم الصديدي من الدم فقير
 أكيدة فان كلاما من ازدياد حساسية قسم الطحال وانتفاخه الذين
 يشاهدان في أحوال البهيميا فيمكن نسبتهم بمجرد احتمان هذا العضو
 وأغلب الخراجات الطحالية الذاتية التى شرحت كان سيرها كما نعلم تعرف
 مدتها الحياة فان كلاما من القسمة ريرة وحى الدق وتغير لون السحنة المنوكة
 والخافة السريعة والظواهر الاستقائية وان دل على مرض ثقيل الان
 طبيعة هذا المرض بقيت غالباً مجهولة وفي الاحوال التى فيها انضم لتلك
 الظواهر آلام في المراق الايسر وازدياد دولا في حجم الطحال جاز فيها فعل
 التشخيص مع التقريب وانما في الاحوال النادرة أمكن التشخيص فيها مع
 التأكيد عند وجود التوجع الواضح بل وفي مثل هذه الاحوال ينبغي انما التنبيه
 على أن كل بورة صديدية في قسم الطحال لا يكون دائما منشؤها هذا العضو
 ثم ان انقربت محفظة الطحال من الخراج وانسكب متحصلة في تجوف البطن
 ظهرت اعراض الالتهاب البريتونى المنتشر وان كان الانسكاب في مسافة
 متكبسة من تجوف البطن ظهرت اعراض الالتهاب البريتونى المحدود
 وانسكب متحصلة في المعدة او القولون المستعرض واستقرغ الصديد المختلط
 بالدم اما بالتقارب أو بالتبعر وان حصل التسكب في تجوف البليورا والرتة أو
 الى الخارج شوهت ظواهره مشابهة لما ينشأ عن تسكب خراجات الكبد نحو
 هذه الاتجاهات

(المعالجة)

الصناعة الطبية ليس لها قدرة على مضاربة السدة الدموية الطحالية والالتهاب

الطحال التقيص فنقتصر على مقاومة الاعراض القوية بواسطة المعالجة
التسكينية فعند وجود آلام شديدة تستعمل الاستنقرافات الدموية
الموضعية والضمادات وعند وجود القيء العرضي تعطى القلوبات الكربونية
أو الفوق كربونية وان اشتد وصار متعبا استعملت المخدرات والخراجات
ذات القوج ينبغي فتحها بسرعة مع الاحتراسات التي ذكرت عند فتح خراجات
الكبد

(المبحث الخامس)

(في تدرن الطحال وسرطنه والايكنوكوكية)

تدرن الطحال يحصل اما حصولا نائبا للدرن الدخني على شكل درن دخني
كثير ذي لون سنجابي ونارة على شكل الارتشاح الجبني وتدرن الاجربة المعوية
والعقد المسارية على شكل نجومات درنية تدرن تصل الى عظم القندقة
ومن النادر أن تتلاشي وتسكون كهوفا وتدرن الطحال لا يمكن معرفته مدة
الحياة ولذا لا يسوغ الكلام على معالجته

وكذا سرطان الطحال يدرمشاهدته ويظهر ان شكل السرطان النحاشي
هو الوحيد الذي يظهر في هذا العضو جميع الاحوال التي ذكرتها من
سرطان الطحال كان طوره ليس أوليا بل انضم لسرطان المعدة أو الكبد
أو العقد الليمفاوية خلف البريتون وقد يكتسب الطحال شكلا ذاتية
بواسطة التولدات السرطانية العظيمة

وحيث ان سرطان الطحال من النوادر العظيمة فعند الاستدلال على اى ورم
طحالي لا نوجه فكرنا الى هذا المرض الا بعد اخراج باقي اورام هذا العضو
فلا يشخص سرطان الطحال الا متى لم يحفظ ورم هذا العضو الشكل الخاص
به وكان يكون التحددات في سطحه الظاهر وأمكن مع ذلك وجود سرطان في
المعدة أو الكبد

وأما الاورام الايكنوكوكية فيندرمشاهدتها في الطحال أيضا بعظم
متفاوت وتكاد تحصل في هذا العضو على الدوام عند وجود ما يماثلها
في الكبد ولا يمكن معرفتها مدة الحياة الا عند وجود بروزات كرية فيها جميع
أوصاف الاورام الايكنوكوكية مع ازدياد حجم الطحال

(المبحث السادس)

(في تحول الطحال واتصاله)

الطحال كغيره من الاعضاء الحشوية الجوهرية فيسهل ميله للتحول وحصول ذلك ليس فقط بتحوله بواسطة الضغط الواقع عليه من الحجاب الحاجز المنذفع الى اسفل اندفاعا غير طبيعي أو بواسطة أورام ضاغطة عليه من الاسفل الى الاعلى او التجمع الغازي أو الاستسقاء الزقي بل ان هذا العضو في بعض الاحوال يظهر فيه تحول واختلاف وضع غير طبيعيين وذلك لانه لم يكن متبعا تلبيجا جديا بأربطة البريتون (وهي الرباط الحجابي الحاجزي والمعدى الطحالي المعلق بهما والرباط القروني الطحالي المستند به) وعقب استئصال تلك الأربطة استطالة خلقية أو ناتجة عن الجذب العظيم الواقع عليه وفي مثل هذه الاحوال يستط الطحال الى اسفل في تخويف البطن وذلك يحصل بالاكتر متى اعتري هذا العضو ازدياد في حجمه ووزنه كورم الطحال المزمن الناتج عن الجينات المتقطعة ومن المستغرب ان جميع أحوال تحول الطحال التي شوهدت تقتصر بالنساء لا بالذكور وقد ظهر في بعض الاحوال ان اختلاف وضع الطحال نتيجه عن شدة المشاق الجسمية

ثم انه في الاحوال النخفية يكون الطحال ساقطا الى اسفل ومجاورا لحافة الاضلاع بقليل بحيث انه يزيد وقتباعه الضغط القليل عليه مع الوضع اللائق للجسم والاحوال المتقدمة من الطحال المنتقل شرحها (روكنسكي) بالكيفية الاتية وهي ان الطحال يكون موضوعا غالبا في القسم الخرقى اليسارى وقد يكون في اليميني منه وتكون فرجه متجهة الى أعلى ومشبها بعنق متسكون من الرباط المعدى الطحالي المنجذب المتباعدة ثنياته عن بعضها والبشكرياس والاوعية الطحالية ويكون الطحال مع ذلك ملتويا على محوره العرضي بجملة مرات كما يتضح ذلك من التواء العنق المعلق هو به ويظهر ان تلك الالتواءات تبدى بتفرق اتصال في الرباط الحجابي الحاجزي الطحالي وانقلاب هذا العضو الى الامام والطحال المتحول بهذه الكيفية يكاد التصاقات غشائية عديدة مع ما يحيط به من الاجزاء في محل تحوله وزيادة عن ذلك تعثره تغيرات تنسب لاضمحلال الاوعية المنجذبة

المتوبة فيحصل فيه انكماش أروم ورو لا يندر أن يعمل المريض تحول
لطحال زمان طويلا بل طول الحياة عقب ظهور هذا العضو لكن هذا
التحول في بعض الاحوال قد يصير فيما بعد قنالا وذلك بواسطة انجذاب
المعدة وعروق الدورة في أوعيتها المنجذبة المتتوبة فيحصل في فاعها تغنغرويعين
على ذلك أيضا اتعدا المعدة انا تخرج عن انجذاب البنكرياس وتحوله الى نحو
الجزء السفلي المستعرض من الاثني عشرى وضغطه على الجبل الوعائى
النافذ في فرجة الطحال فلا يمر الدم منه

ثم ان تشخيص تحول الطحال ليس فيه أدنى صعوبة فبندد أهمية الطحال من
محلها وان لم يدل على تحول هذا العضو يزول ولا بد التغييب والشك عند وجود
ورم في تجويف البطن يتضح فيه باللمس شكل الطحال وتزايد حجمه
والمعالجة في مثل هذه الاحوال ليس فيها ما رتب سوى حفظ هذا العضو برباط
باطنى من الارتباط المرنة وذلك لمنع انجذاب عنقه وحفظه من الحركة وعند
وجود تزايد حجم هذا العضو نستعمل المعالجة اللائقة بطبيعة ذلك

* (تذيل لامراض الطحال) *

* (المبحث الاول) *

* (في الكيمياء الحديثة والكيمياء الكلاسيكية أى الدم ذى اللون

الابيض أو ذى الكرات البيضاء) *

* (كيفية الظهور والاسباب) *

ازدياد الجسيمات الدموية القديمة اللون أو البيضاء ازدياد رقيقا يحصل
في عدة من الغضبرات الحصى والمرمية كما يحصى - بل في أثناء الهضم والحمل
وبعض الامراض الالتهابية والفقمة الدموى العظيمة وشو ذلك لكن
اختلاف حالة الدم المذكورة ونسبة أجزائه ابيضها لا تكون مرضا
غائبا بنفسه كاختلاف كمية الكرات الحمراء كثرة قلته بل ان ذلك يفتج عن
احرل مختلفة

وعكس ذلك ينال بالنسبة للكيمياء فانه في هذا المرض المهم الذى يمكن التعبير
عنه تبعا للداء لم (ورجوف) بانه تغير في تركيب جوهر الدم متى اعتبرنا هذا
المائل من مرجان جملة المنسوجات يحصل تكون مستمر في الجسيمات البيضاء

أو العديمة اللون للدم بدلا عن الكرات الدموية الحمراء بحيث ان هذه الاخيرة
تتناقص وأما الاولى فان عددها يزداد وأول من عبر عن الخلايا العديمة اللون
الموجودة في دم الأشخاص المصابين بهذا المرض بأنها جسيمات دموية
بيضاء حقيقة هو العالم (ورجرف) الذي اتخذنا معارفه من هذا التبريل
أساسا لشرحنا في هذا المرض بخلاف كل من المعلم (بوني) وشنو وداو
فإنهم من قبله اعتبروها جسيمات صديدية وزيادة على ذلك فقد برهن الشهب
(ورجرف) على ان الصفة الليكيمياية يمكن أن تكون متعلقة بتغير في
الطحال كما تكون متعلقة بتغير في الغدد الليمفاوية ولذا عرّف هذا
المرض شكلان أحدهما الشكل الطحالي والثاني الشكل الليمفاوي
والتغيرات التي تترى كلا من الطحال والغدد الليمفاوية والأجربة
الليمفاوية عند المصابين بالليكميا عبارة عن ازدياد في العناصر الليمفاوية
المكونة لب الطحال أو المائلة لهالات الغدد الليمفاوية وجميعها يوجد
الدم في هذا المرض يتكون بالعناصر الخسائية المذكورة التي تلج من
تراكمها في الطحال والغدد الليمفاوية اتفاح هذه الاعضاء فمن الواضح
البين ان الاورام الليكيمياية تنشأ عن ازدياد في تكون العناصر الخسائية
لأعتمادها فيها فقط

وقد أجاد المعلم (أين) في العصور السبعين في تنبيهه على ان النخاع العظمي
مدخل في تكوين الدم بمعنى انه ينشأ منه خلايا عديمة اللون قابلة للانقسام
تطابق بالكمية الجسيمات الليمفاوية تصحبل تدريجيا الى جسيمات دموية
حمراء وبرن على انه يوجد زيادة عن الشكاين المذكورين من هذا النخاع
وهذا الشكل الطحالي والليمفاوي شكل ثالث وهو الشكل النخاعي وانه
الآن على ان هذه الاشكال الثلاثة من الليكميا تتركز مرة بطريقهم
بحيث يشهد وجود شكل طحالي أو عظمي ليمفاوي قائم بذاته سواء انما
وجود الشكاين كما ان الشكل النخاعي لم يكن يشاهد على انفراد في وقت
هذا بل مرتبطة بها

وفي بعض أحوال من هذا المرض التي نرى بها كل من وجود وورم وورم
وبوتشر ومور وغيرهم كانت تكون اعضاء أخرى مصابة بالليمفاوية

في بورات محدودة كالكد واليكيتين والغشاء المخاطي المعوي والبلعوم
بحيث لا يكون الحال مقتصر في مثل هذه الاحوال كما قاله (ورجوف)
على سوء الاختلاط لئلا يتاخر فقط بل أيضا على ديانيز لينفاوى احساسه ونسبة
الينفاوى

ثم ان أسباب الليمفيا غير واضحة لنا ويظهر في بعض الاعضاء ان هذا المرض
متعلق بجسيمات متقطعة من منة وبالداء الزهري البني وموثرات جرحية
كما يكون منه المتاع عند النساء باضطرابات تناسلية أو حيضية استحتم في أحوال
عديدة لم يفسر الوقوف على حقيقة السبب الاصل في لهذا المرض ويظهر ان
الحارمان والمناق الجسمية والعقلية تعين على حصول هذا المرض فان اكثر
أحواله الممر ونه شوهدت عند الفقراء المحرومين وهذا المرض النادر
المحصل يصيب على الخصوص الذكور وتقل مشاهدته عند النساء ويحصل
في كل طور من الحياة لكن أكثر وجوده في الطور المتوسط من الحياة

(الصفات التشريحية)

نسبة الجسيمات الدموية البيضاء في الدم وهو على حالته الطبيعية لكراته
الحمر كواحد على المائة وخمسين بنحو الاف ما في الليمفيا فان عددا الاولى قد
يتزايد ترايدا عظيما جدا او الثانية يتناقص تناقصا عظيما بحيث ان نسبة عدد
الاولى للثانية يكون $\frac{1}{10}$ او $\frac{1}{12}$ بل $\frac{1}{15}$ ولذا لا يرى عند ما يكون الدم مكتسبا
لخواصه الطبيعية في بورة ما يكثر وسكوب الاقليل جدا من الكرات
الدورية المبيضة بنحو الاف في أحوال الليمفيا فقد يشاهد منها في البورة
المنكورة نحو العشرين بل ازيد والجسيمات الدموية العديمة اللون التي
تساعد في هذا المرض تماثل بالكمية الجسيمات الليمفاوية للطحال وللعقد
الليمفاوية والخصاع العظيم ولذا تشاهد مثلها اما على هيئة خيالات
صغيرة ذات نواة واحدة وهي تكون غالبا أصغر من جسيمات الدم الحمر او
على شكل خيالات عظيمة متعددة الذوات مماثلة بالكمية للجسيمات
الصغيرة والاولى توجد غالبا في الشكل الليمفاوي من الليمفيا أما الثانية
فانما توجد في الشكل الطحالي من هذا المرض تبعه الرأى ورجوف وحيث انه
يوجد في الغالب اشكال مختلفة من الليمفيا أكثر من وجود الشكل الطحالي

أو اللبغافرى على انفراد فكذا يكون جذا غالباً كل من هذين الشكليين من
لاخليةهما

وقد استنتج من البحث عن الدم الليكيمي أيضاً ان وزنه النوعى منخط بداعن
الدم الطبيعى فان الدم فى الحالة الطبيعية يكون وزنه فى الغالب نحو ١٥٥
بجلاف الوزن النوعى للدم الليكيمي فانه يكون من ١٣٦ الى ١٤٩ وأما
تناقص الوزن النوعى لسائل الدم فانه يكون أقل وضوحاً واستقراراً فى الدم
الليكيمي نزداد كمية الماء بجلاف أجزائه لصلبة فانه تسكون متناقصة رلومع
رياد الجسيمات الدموية المبيضة وماذالمالامن تناقص الجسيمات الدموية
الحمر تناقصاً عظيماً وبهذا الاخير وبقلة الوزن النوعى للجسيمات الدموية
المبيضة يوجه تناقص الوزن النوعى لكتلة الدم بتمامها وأما المائذ الزلايلة
من الدم ومادنه المقيمة والاحه فلايكون معرفة تغيرات قارفة فيها وأما
لتناقص العظيم لمايجزى عليه الدم من الحديد وجهه بقدة الكرات
لدموية الحمر وزيادة على ذلك فالدم الليكيمي يظهر فيه تغيرات كيميائية
مهمة فندذكر (سيرر) انه من جمل الاوصاف الثابتة للدم الليكيمي أن يكون
ذا خواص حمضية (بجلاف موصل فانه وجد الدم الليكيمي الحديث الخارج
من أوعيةه قلوباً) وأثبت ان سبب تلك الخواص الحمضية هو وجود
حوامض عضوية فيه كحمض الفليك والخلليك واللبليك وزيادة على ذلك فانه
وجد فى الدم الليكيمي جوهر اشبه بالافراء ولم يكن مما تالاه بالكلية وكذلك
الاجستيين والهيوكسانين واللبسين وحمض البولىسك اكن لا يفتى اعتبار
وجود هذه الجواهر الكيميائية سبباً أصلياً لهذا المرض بل ان ظهور
هذا المرض وتكونه تبعاً لورجوف يحصل بالكمية فى الانية وهو ان
يحصل فى عضوه من الاعضاء الينفاوية اصابة بالتهتة ووضعية فى عناصره
الحلاية ومن هذا العضر فتمد التغيرات الى الدم وهذه التغيرات تكرر تارة
كيميائية بأن تحتلظ بعض العناصر التى كانت موجودة من قبل فى السائل
الجوهرى لهذا العضر بالدم بكمية عظيمة وتارة تكرر هذه التغيرات
تغيرات فى الشكل وذلك بأن تدخل ايضا عناصر خلوية من هذا العضر
فى الدم بكمية عظيمة ويوجد عند فتح جثة الهالكين بالليكيمي فى القالب سيما

القسم الايمن منه والاولوية العظيمة تعقدات مصفرة او مصفرة مخضرة غالباً
شبيهة بالصديد المنعقد رخوة هنية كانه قد وجد في اضافى افروع الرقيقة من
الشريان الرئوى والاوردة القلبية واوردة السحايا الدماغية مادة عديدة
اللون شبيهة بالصديد وعدداً للجسيمات الدموية البسيطة يختلف باختلاف
اجزاء الجسم المأخوذ الدم منه فيكون عظيم جداً في الدم المأخوذ من القلب
الايمن والاجوفية والشريان الرئوى وقليل في الدم المأخوذ من القلب الايسر
ووجد عددها في حالة شاهدها يوردى في الدم المأخوذ من الوريد الطحال
متضاعفاً بالزيادة اعدادها في الدم المأخوذ من الوريد الودجى

والطحال في أغلب أحوال الليكيميا يوجد ممتلئاً دائماً باعطيها جداً فقدرتى
وزنه من خمسة ارطال الى سبعة بل الى ثنى عشر وطولها مقاومة ورمه
تكون متزايدة تزايداً عظيماً وعند شقه يرى غالباً اجوهره على حالة طبيعية
وأحياناً بدلاً عن كونه أجراً مزرعاً يكون مسماً أو أجراً شبيهاً بالحم
وأحياناً يكون مرصعاً بجسيمات بيضاء عديدة والحواجز اللينة تكاد تدرك
بارة وتارة تكون كثيرة الوضوح ومن النادر أن تكون أجربة الطحال
مقدمة تمدداً عظيماً ومتميزة عن لب الطحال الاجرم يتم البسيطة والبحث
الميكروسكوبى يتضح كذاً كذا في أحوال ضخامة الطحال السابق ذكرها
الموافقة لها الضخامة الليكيميا موافقة تامه ان الغرير الطبعية (العصر) هذا
العصر تكون متزايدة ومتراكمة الى بعض اتر كما قويا كما قاله (ورجوف)
ومحفوظة الطحال تكون في غالب الاحوال ممكنة ملتصقة بما حولها غالباً
وقد وجد في أحوال عديدة زيادة عن ضخامة الطحال بورات سدوية دهوية
قدسية

ويظهر ان الاصابة الطحالية الليكيمياية تبدئ بها الاحتقان واردة في هذا
العصر والغدد اللينة قارية تكون في الشكل الغددى من هذا المرض اوراما
عظيمة جداً لا تتميز بأوصافى مخصوصة عن غيرها من الضخامة البسيطة لطحال
الغدد بل انما تكون حافظة لشكل هذه الغدد الاصلية وجوهرها طبيعياً
والغدد الباطنية التى وجدت منتفخة هى على انحصار من الغدد المسارية
والقنانية والخشبية واما الغدد الظاهرة فالذى يشاهد من منتفخهاى الغدد

العنقية والابنية والاربية وبالجملة قد تشترك جميع غدد الجسم في الانتفاخ
وفي الغالب يعثر الطحال الانتفاخ أيضا ومع ذلك فقد شاهد دودرجوف
حالة كان فيها الطحال حافظا لحجمه الطبيعي وقد شاهدنا حالة من هذا
المرض أيضا لم يكن فيها الطحال مدة الحياة متزايدا في الحجم وكانت العتد
الليفية منتفخة انتفاخا عظيما جدا والفرد الليفية قارية المفتحة تكون
رخوة باهتة ذات سطح ظاهري أملس ولعان شبيه بلعان الماء وطبقتهما
الشمسية هيميكيت جدا بحيث يحصل فتح في بعض الاحوال الى نصف قيراط
أو ثلاثة ارباع قيراط وتكون هينم الخناعية مستوية وعند الضغط عليها ايسل
من اسائل سائل مكرور زيادة عن الغدد الليفية قد شهدت أعضاء غددية
أخرى مشتملة في الاصابة في هذا المرض كالأبرية المعوية ولا سيما غدد
بشير والفتد والتبرسية والدرقية والاورقية واجوية اللسان والخجيرة والقصبة
الهوائية

وفي معظم أحوال الليكيميا يوجد الكبد متزايدا في الحجم أيضا وقد يكون
قوامه رخو السكن الغالب أن يكون صلبا منديجا وماذا لا امن كون أخلية
الكبد يعثرهم الزيادة ناتجة عن ضخامته او كثرة نموها واما ما يخص التغيرات
التي توجد في الشكل الظاهري العظمي من الليكيميا فقد زعم لين والحق معه
ان اصابة الخناخ العظمي وان لم تكن من الظواهر الملزمة لهذا المرض
لا بد أن تكون إحدى ظواهره الكثيرة الحصول وقد شاهدنا حالة
من الليكيميا الطحالية مع اصابة في الخناخ العظمي وصارت في الخناخية اومع
ذلك لم يشاهد في انثناء الحياة أدنى عرض يدلنا على اصابة الخناخ العظمي
ويوجد في هذا الشكل نوع غمو منتشر في عموم الكتلة الخناعية العظمية
شبه جديما عناصر خلوية كالتي يشاهد في الدم الليكيمي (بلي ويوجد
أنسكال اخر من تلك العناصر الخلائية تقرب من كرات الدم الحمر) وهذه
العناصر الخلائية تملأ القناة المركزية الخناعية من العظام والهالات
المكائنة في اجزائها بحيث يكسب باطن العظام هيئة مصقوفة وهيئة كأنها
صليدية بحيث يسل الطيب للقرل بوجرد التاب عظمي فخاى صردي
متشرف في جميع الزوايا العظمي

* (الاعراض والسير) *

المرضى تشكى عادة في ابتداء هذا المرض بأعراض عصبية انيمياوية غير قارئة كالتهيب والاضيق عند الاشغال وتغير الهيئة والخلق وآلام في الرأس ودوار ومجرد ذلك وفي أحوال أخر قد يكون انتفاخ البطن والاحساس بالاضغط والالام في المراق الايستروغ. يبرهان من علامات تقدم الطحال هي الاعراض الابدائية لليكيميا وقد يحصل انتفاخ الطحال بكمية تدريجية بحيث لا يمكن معرفة ابتداء تكونه أو انه يحصل على دفعات في أنفها يكون قسم الطحال مؤلما وتوصل حتى عند المرضى وأما في الشكل اللينفاوى فإن هذا المرض يتبدى بانتفاخ في الغدد اللينفاوية الالثرية كالغدة اللينفاوية لاحدى جهتي العنق أو الابطين أو الاربيتين ومن هنا يمتد الى باقى الغدة اللينفاوية وقد تحققت انما من بعض المشاهدات الاكيدة حصول انتفاخ لطحال والغدد اللينفاوية بجملة من الذين قبل أن يتضح تغير الدم بزيادة اتواء الدم على الكرات البيض يصير لون المرضى منتقعا أو ترابيا وحيث ان تناقص الكرات الدموية الحرة في هذا المرض يكون أعظم منه مما في الأرجات العظيمة من الخلوروزفا الرضى يصير لونه في الأحوال الواضحة من هذا المرض باهتا كالشمع ويكاد ينضم لذلك على الدوام ضيق في النفس وعسر فيه وهذه الظواهر لا يعرف سببها عند البحث عن الصدر وتوجه ولا بد بتناقص الكرات الدموية الحرة فانها هي التي بواسطة تهايرد الاوكسيجين الى جميع اعضاء الجسم وان ارتقى تقدم الطحال الى درجة عظيمة جدا

ومجموع هذه الاعراض لا بد وان يقوى الظن بوجود الليكيميا عند المرضى و يلجئ البحث عن الدم فان أخذ من المريض كمية قليلة من الدم وتركبت للاعتماد شوهد بين الطبقة الغمامية الشخصية والبطانة الدموية الحمراء بعض عقد او طبقة مما سكت رخوة ذات لون سنجابي أو سنجابي محمر مشقة على الكرات الدموية البيض الخفيفة ثقل وانزج الدم المأخوذ و دخل عن مادته اللصيقة وتزلزله والراححة في انبوبة دقيقة رسبت الكرات الدموية الحمراء الثقيلة في القاع و بقيت الكرات الدموية البيض الخفيفة في الجزء العلوى من الأنبوبة مكونة طبقة قيحية أو انبوية وعند ما يكون ازدياد الكرات

البيض عظيما جدا يتضخم لون الدم المستخرج بلونه الاحمر الباهت وعند وضع نقطة من الدم الليكيمي اسفل المكرو سكوب يشاهد ازدياد الكرات الدموية البيضاء بالنسبة التي تقدم ذكرها وقد يحصل عسري التشخيص متى أمكن اثبات ازدياد الكرات الدموية البيضاء لكن ازدياد اقله لا كواحدة على خمسين أو على خمسة وعشرين مثلاً فان الواقع حينئذ يكون اما عبارة عن ازدياد في الكرات الدموية البيضاء وقتياً أو سائلاً ليكيمي غير متقدمة في مثل هذه الاحوال بوجود الليكيميا يتضح ثبوت ازدياد الكرات الدموية البيضاء ازدياداً مستقراً يرتقي الى درجة عظيمة مطابقا لزيادة تدريجية مسهرة أيضاً في الاعضاء اللينفاوية كما ذكره (موسلر) وعند حصول هذا المرض الى أشد درجة يتحقق من وجود ورم عظيم من من في الطحال بل والكبد يوجد حينئذ بامتزاج في الحجم وان كانت الغدد اللينفاوية مشتركة في الإصابة وجدت مكونة لتعقدات عظيمة في العنق والابط والاربتين ويكون الجلد المغطى لها ذلون طبيعي سهل الحركة ولذا كان من المهم التمييز بين اثبات الغدد الليكيمي والخنزيرى ان الاول يقل ويندوم به للتجبن والالتهاب والتقيح والانقباض مع خروج قبيح غير جيد

وينضم في غالب الاحوال للاعراض السابق ذكرها سوء قنية تزي فيحصل عند المرضى انزفة متكررة ووصولها يكون اما من القناة المعديّة أو في المنسوج الحساوي تحت الجلد أو الرحم أو المسالك البولية أو الرئتين أو في الدماغ أحياناً وبهذه المضاعفة يسرع حصول الانتهاء الحزين فان المرضى اما أن تهلك فجأة بالسكتة الدماغية او انهم من تكرار الفقد الدموي بحيث انها تخطو وتملك باعراض التوك والانبيا وان لم يطرأ سوء القنية التز يفي اكتساب المرض سيراً بطيئاً جداً ما عدا الاحوال الاستثنائية فتستقر الحالة بجله من السنين والحجى قد توجد أو تنفقد وفي الغالب تظرف في الابتداء أعراض كانت حجية ولربما كان ذلك في اثبات الغدد اللينفاوية او ورم الطحال أو من مضاعفة النهاية بريدونية أو غير ذلك من الالتهابات وفي الانتهاء تصير الحجى مسقرة وتصلب بعرق غزير

ومن الاوصاف الواضحة للبول ظهور الهيبيوكساتين وازدياد حمض البوليك

ولم يعلم ان كان ذلك ناتجا عن النقص في الدم او عن ازدياد
وظيفة الطحال والاسهال الغزير المستعصي الذي يطرأ يزيد في النهوكة
غالبا وأما الاستسقاء الزقي والحمى فليس من الطواهر القارة ولا يطرأ الا في
الانتهاء وماذا الا الكرون الدم عند المصابين بالليكميا اتمأخر جدا قلة المادة
الزلاية فيه

ثم انه يظن بحسب الظاهر من شرحنا هذا ان شكل الليكميا النخاعي العظمي
مقارن بجوار اشكال هذا المرض الاخرى لا يتضمحل باعراض مخصوصة
ومع ذلك فقد شاهد (موسلر) مريضاً معه به شكل الليكميا الطحالي وكان
يشتمكي بالام شديدة في القص بحيث لا يمكنه حمل أدنى ملامسة في هذا
الجزء وتعدر البحث بالقرع بالكبلة عليه وانضح من الصفات التي تشير بحمة ان
شدة الحساسية والالام في هذا الجزء كانت منه مقلقة باصابة ليكمية متقدمة
في القص مع تغيرات نخاعية عظيمة مطابقة لها عمدة في جميع عظام
الهيكل

وأما ما يخص المرض النادر وهو الليكميا الكاذبة ففيه توجد جميع التغيرات
المدركة بالنظر أو المكرو سكوب في الغدد الليمفاوية والطحال والتكوثات
الجديدة الليمفاوية في الاعضاء المختلفة كالكميد والرئين والكليتين والقناة
المعوية ونحو ذلك والصفة المرضية لهذا المرض تطابق بالكلية صفة الليكميا
الحقيقية لكن عند البحث عن الدم بالمكرو سكوب يستغرب من وجود
النسب الطبيعية بين الكرات الدموية البيض والحموان هذه النسب
الطبيعية فتستمر مدة سير هذا المرض ويميز أيضا الليكميا الكاذبة شكل الليمفاوي
وشكل طحالي وكذا يكثر فيه اصطباج الشككين ببعضهما وكلاهما هذين
المرضين ينشأ عنهما واحد سواء اعتبر هذا الليفوع مرضيه أو عفا قاصرا
على الاعضاء الليمفاوية أو بنينا عموما اسكن الى الان لم يعلم التوجيه بأنه
في الليكميا الكاذبة ولو كان تكون الخلايا الليمفاوية في هذا المرض عظيما
جدا أيضا لا يصل الى كتل الدم بل يبقى قاصرا على الاعضاء الليمفاوية
ومن حيثية الحكم على عاقبة الليكميا الكاذبة فهو ايضا رديء كافي الليكميا
الحقيقية بل ان الموت في الاولى يطرأ بسرعة

* (المعالجة) *

معالجة الليكيميا ولو أنها تعتبر عموماً غير ناجحة إلا أن (موسلر) لا يعتبرها طبقة
 لتجار به خالية عن النتيجة مادام المريض لم يصل إلى الدرجة الأخيرة المتقدمة
 من التموية الليكيمياية وينبغي التمسك بما تستدعيه المعالجة السببية في الأحوال
 التي يوجد فيها ارتباط بين هذا المرض وبين اضطرابات في الأعضاء التناسلية
 للذات أو الاصابات الاتجاجية القديمة أو الزهرية وعلى كل حال فما يهتم به
 ابتداء المعالجة الموجهة من نحو ارتفاع الطحال واستمراره بمقادير عظيمة
 من الكينين (بأن يعطى منه ٥ ديسى جرام إلى جرام كل يوم في محلول محضى
 أو في محفاظ من البرشام ويشرب بعدها بعض نقط من محض من المرياتيك
 في ما سكرى) فإن تأثير المركبات الكينينية في تصغير حجم الطحال أمر ثابت بل
 وارتفاع الطحال الذي يمكن احداثه عند الكلاب بعد قطع الاعصاب يمكن
 تصغيره بواسطة الحقن تحت الجلد بالمركبات الكينية كما قاله (موسلر) ولاجل
 مساعدة التأثير الدوائى للكينين وتقويته يمكن مع ذلك استعمال التشنج
 البارد والكهر بائية في قسم الطحال وقد أوصى (موسلر) كذلك في أورام
 العقد الليمفاوية باستعمال الحقن تحت الجلد بصبغة اليود كما أوصى بذلك
 (الجنجيك) واستحصل (يودكين) بواسطة الكهر بائية على احداث
 بعض تناقص في حجم الطحال وكذا الغدد الليمفاوية واستعمل بقصد ذلك
 التيار الكهربي في مدة خمس دقائق أو عشرة على الورم بقوة بقدر ما يتحملها
 المريض

وأكثر ما يستعمل من الباطن هو الحديد ومركباته ولا يجوز التواني في ذلك
 بقصد منع تناقص الكرات الدموية الحمر ومساعدة استحالة الكرات
 الدموية البيض اليها

ولا بد من الاستمرار على استعمال الحقن تحت الجلد في مثل هذه الأحوال
 بواسطة الدم الحديث المتخلى عن مادته الليمفية كما اننى مستقر على استعمال
 ذلك من منذ زمن طويل في غير هذا المرض من الامراض الليمفية المهمة
 واننى لاستعمل الحقنة عظيمة من التي يحقن بها تحت الجلد وتسع نحو
 الخمسة جرعات يمكن انقسم مقبض الدم بسهولة امتصاصه على اصفار

متعددة من الجسم وأبتدئ بالحقن بمقدار صغير بنحو نصف جرام حتى يتحقق لى مقدار قوة الامتصاص وأتأدى فى الحقن تحت الجلد كل يوم

(المبحث الثانى)

(فى الميلانيميا) اعنى التلون الاسود للدم والدم المسمر)

(كيفية الظهور والاسباب)

يوجد بالدم فى أحوال الميلانيميا مادة ملونة حبيبية اماسية أو محاطة باخلية أو بتعقدات رقيقة ولا شك ان هذه المادة الملونة آتية من المادة الملونة للدم لكن لا تعلم فى اى محل تتكون وبأى مؤثرات تحصل

ثم ان معظم المؤلفين يعتبر الطحال ينبوعاً أصلياً ~~تكون~~ هذه المادة فى الميلانيميا وفى الواقع كثرة وجود الأخلية الحبيبية فى طحال الحيوانات التى يعتبرها بعض المؤلفين حالة فسيولوجية وبعضهم حالة مرضية وكذلك الامر المعلوم انه فى هذا المرض يكاد يكون الطحال هو العضو الوحيد المتراكم فيه هذه المادة يدل ويثبت ان هذه المادة الملونة منشؤها الغالب فى الطحال لكن هذا لا يثبت ان تكونها يكون فى الطحال على انفراده وانما لا تتم ~~كون~~ فى أعضاء أخرى أيضاً وقد شرح (فريركس) حالة من الميلانيميا الم يوجد فيها فى الطحال مادة ملونة ووجد منها كمية عظيمة فى الكبد بحيث انه اعتبر هذا العضو بورة تكون فى هذه الحالة

ويستدل ولا بد من ظهور المادة الملونة فى الدم على ثلاثى الكرات الدموية الحمر وفسادها سواء حصل ذلك فى الطحال على انفراده أو فى محال أخرى أيضاً فجميع المشاهدات تثبت ان حصول ذلك يكون فى الغالب بواسطة التسمم الأجسامى ويظهر ان الاشكال الخفيفة والبسيطة من الحجات المتقطعة لا ينتج عنها تكون المادة الملونة المسمرات فى الدم بالكلية أو بكمية واحدة جداً انما الاشكال الثقيلة من هذا المرض يظهر انها تنتج فقط من الحجات الاجسامية الخبيثة فان المشاهدات العديدة للأطباء المقيمين فى البلاد الحارة جداً انفعات على التلون المسمر الداكن للأعضاء المختلفة لاسيما الدماغ الذى يوجد فى جثة الهالكين بالحجات المترددة تقرب من العقل ان هذا الشكل

من التسعم الاتجاعي يؤدي كذلك على الدوام أواقله في الغالب الى حصول
 الميلانيميا ومن القريب للعقل ان تعدد الاوعية واتساعها وابطاء سير التيار
 الدموي في الطحال المتعلق به في احوال الحميات المتقطعة الطبيعية والحميات
 الاتجافية المترددة للبلاد الحارة جدا يرتقي الى درجة عظيمة جدا بحيث ان الدم
 يركد في الطحال ويستخرج من هذا زيادة عن ذلك ان الكرات الدموية الحمر
 تتلاشى في الدم الراكد وتفسد فيسكون من مادتها الملونة (المعروفة
 بالهيماتين) مادة ملونة متغيرة بجمينية كما يشاهد ذلك بكثرة في الدم الراكد
 بعد خروجه من أوعيته والذي ينافي توجيهه تكون المادة الجمينية من
 احوال ميخانيكية فقط هو الامر المعلوم من انه في الحميات المتقطعة انتفاخ
 الطحال وبطء التيار الدموي فيه قد يرتقي الى درجة عظيمة جدا بدون ظهور
 الميلانيميا وانه بعكس ذلك قد نشاهد الميلانيميا في احوال لا يكون انتفاخ
 الطحال فيها الا قليلا وحينئذ ينبغي القول بان تسعم الجسم بالميازما الاتجاعي
 له ولا بد ايضا تأثير مفسد في جسيمات الدم الحمر وان لم يكن هذا التأثير
 مع لومنا الى الآن وان هذا التأثير في بلادنا لا يحدث تشكروا فسادا
 في الكرات الدموية الحمر وتكون الجمينت من مادتها الملونة الطبيعية الا
 بكيفية استثنائية بخلافه في البلاد الحارة جدا فانه يحدث ذلك غالبا أو على
 الدوام في الحميات المتساطنة تسلطنا وطنيا في هاتيك البقاع

ومن الامور الهله النوجيه تبعا لمشاهدات (ورجوف) كون المادة
 الجمينية الموجودة في الدم لا تظهر فقط على شكل تجميعات سائبة بل توجد
 كذلك في الاخلية التي لاون لها فان الموائف المذكورة شاهد عند حل
 الهيماتين في بلطة دموية بواسطة الماء ان الهيماتين يظهر غالبا متعلقا
 بالجسيمات الدموية العديمة اللون ولذا يسوغ القول بان الهيماتين عند
 الفساد العظيم للاخلية الدموية في الطحال ينضم الى الاخلية العديمة اللون
 لابل الطحالي ويوصل معها الى الدم وأصعب من ذلك في التوجيه الجمينت
 في الدم على شكل تعقدات او جلاط غير منتظمة ومن الجائز انهم امسكونه من
 المادة الليفيه الراسبة على التجميعات الرفيعة الزاوية المادة بجمينية لكن
 أقسرب من ذلك للعقل ان المادة التي تضم التجميعات البجمينية الى بعضها

وتحيط بهما على هيئة حويّة شفاقة ناشئة من المادة العنصرية الاولى
وهي الزلاية المتحدة بالمادة اللبّية في الاخلية التي فدت وثلاث
• (الصفات التشريعية) •

المادة البجنتية التي توجد في دم القلب والاوعية عند المصابين بالميلانيميا
تكون مسودة ومن النادر أن يوجد مع هذه المادة المسودة مادة مسهرة
أو صفراء مسهرة وهذه المادة عند معالمتها بالحوامض والقويات الكاوية
تظهر فيها الصفة الخاصة بالمادة البجنتية المرضية كما قاله (ورجوف) وهي
ان المادة البجنتية الحديثة التكوين ينتقع لونهم ثم تفقد بالكلية
بخلاف المادة القديمة التكوين فانها تقاوم هذا التأثير من اطويل
والتحبيبات البجنتية الصغيرة يكون شكلها مستدير اغبر منتظم ويكاد ينضم
منها على الدوام عدد عظيم أو قليل بواسطة جواهر لا لون له الى تفتتات
مستديرة أو مغزلية أو غير منتظمة كما شاهد ذلك (مبكل) الذي هو أول من
شاهد المادة البجنتية في الدم والخلايا المحتوية على المادة البجنتية تكون
تارة في عظم الجسيمات الدموية البيض وشكلها وتارة تكون أعظم منها ذات
شكل مغزلي وهذه الأخيرة تشابه الخلايا المغزلية التي توجد في اب الطحال
واعتبرها (كوايكر) انها طبقية بشرية لا ورثة الطحال وزيادة عن هذه
الاشكال قد شاهد (فريركس) تفتتات أعظم من ذلك غير منتظمة الشكل
وتكونت اسطوانية يظهر انهما من طبع الاوعية الرفيعة

ثم ان المادة البجنتية تصل مع الدم الى جميع أعضاء الجسم وبحسب تفاوت
تراكمها في الاوعية الشعرية تحدث لونا متفاوت الدكنة في المنسوجات
المختلفة ومعظم هذه المادة توجد تبعها الما ذكره (بلانز) و (فريركس)
في الطحال بحيث يصير لونه تريا سنجيا او مسودا غالبا
وزيادة عن ذلك توجد كمية عظيمة من المادة البجنتية في الكبد والدماغ
لا سيما في جواهره القشرى فالكبد يظهر لونه غالبا سنجيا اما مسودا
والجواهر القشرى من الدماغ يكون لونه كاون الشكولانا والجرايفت
ولا يندر أن يشاهد تراكم بجمتي عظيم في الكلية بحيث ان جواهرها القشرى
يكتسب لونا سنجيا انقطيا وقد تكون المادة البجنتية متراكمة بكمية عظيمة في

الاوعية الرئوية ولم تشاهد هذه المادة متراكمة بكمية عظيمة في اوعية باقى
 المسوجات مطلقا ومع ذلك فكل من الجلد والاغشية المخاطية والمنسوج
 الخملوى والعقد الليفية يظهر ان لو ناسجها كثيرا كثيرا الوضوح أو قليلا وقد عبر
 (فريركس) عن الصفات التشريحية للميلانيميا بعبارة وجيزة فقال انه
 فى الاشكال الواضحة لهذا المرض توجد المادة البجمنتية أيا ما وصل الدم
 وكما كانت الاوعية الشعرية دقيقة وتسبب عن ذلك سهولة نشب التعقيدات
 البجمنتية واحتباسها كان ذلك أكثر وأعظم

• (الاعراض والسير) •

كثيرا من احوال الميلانيميا اما لا ينتج عنها اضطراب فى وظائف الاعضاء
 المشحونة بالمادة البجمنتية وتشاهد فى جثة الهالكين بتغيرات مرضية
 مختلفة فان أكثر من ثلث الاحوال التى شاهدناها (بلانز) كانت من هذا
 القبيل ومن جهة أخرى قديم لآ بعض المرضى بسرعة غاليا بطوارىء دماغية
 ثقيلة وعند مدفع جثتهم ترى فيهم علامات الميلانيميا لاسيما تراكم المادة
 البجمنتية فى الاوعية الدماغية والنسكبات دموية صغيرة فى الدماغ فى آن
 واحد فكل من المشاهدات المألوفة سابقا من كثرة وجود المادة البجمنتية
 فى جوهر الدماغ عند الأشخاص الهالكين بجميات متقطعة كوماوية
 وللمشاهدات المفقولة فى الميلاد الحارة جدا التى اتضح منها التساؤل
 المسهر للدماغ عند الأشخاص الهالكين من الحميات الآجامية المترددة
 الثقيلة بتلك البقاع أهمية من منذ ما ثبت ان التلون المسهر للدماغ ناشئ
 عن تراكم المادة البجمنتية فى اوعيةه وصار من القريب للعقل ان انسداد
 الاوعية الدماغية (مع غرق نابغى فى جسد الاوعية الشعرية أو بدونه) هو
 السبب فى حصول الطوارىء الدماغية للاصابات الآجامية الثقيلة ولقد
 ظهر ان هذا الرأى القائل به (ميكيل) صارت ثابتا بالمشاهدات العديدة لكل من
 (بلانز) و (فريركس) فان كلام المؤلفين المذكورين يشرح أحوال من
 الميلانيميا ظهرت فيها عند المرضى اعراض دماغية ثقيلة كالآلام الشديدة
 فى الرأس والارواح والذهيان والتشنجات ولا سيما الكرام والاحوال التى
 شاهدناها (فريركس) حصلت بجمعها فى اثنا تسلمن وبها من الحميات المتقطعة

الخبثية وأعقب أحوالاً من الحيات المتقطعة البسيطة ثم ظهر فيها سب غير منتظم منقطع أو متعدد ورشفي بعضها باستعمال المركبات الكيفية فكانت صفتها المرضية كصفة الحيات المتقطعة الكومارية أو الجنونية أو الصرعية أو السكتية ومعها مذاجيه فهناك اعتراضات قوية تنافي تعلق الطواهر الدماغية أقله القلق المستقر الملازم لها في الحيات الآجامية الخبيثة بالسداد الأوعية الدماغية بواسطة المادة البجمتية ففسد ذكر (فريركس) ما ينافي الارتباط السببي المذكور وهو أنه في كثير من الأحوال لا يمكن إثبات اضطراب دوري عظيم في الدماغ ولو كان متلو باللون الاسمر وأنه مع وجود هذا التلون كثيراً ما لا تحصل طواهر دماغية وأنه بالجللة كثير أمان شاهد طواهر دماغية فقبلة بدون أدنى تكون يجتمى في هذا العضو في ٢٨ حالة من الحيات المتقطعة الدماغية التي شاهدها (فريركس) فقد التاور السمر للدماغ في ستة أحوال منها ويظهر لنا أنه من الأمور المهمة التي تنافي تعلق الاعراض الدماغية المذكورة بالانسداد البجمتي للأوعية الدماغية هو الطراز النوبي لتلك الاعراض ونجاح معالجتها بالمركبات الكيفية فيوضح مما ذكر أنه لا يمكن قطع الحكم بالنسبة لدرجة معارفنا الطبية والحالة هذه على الارتباط السببي بين الميلانيميا واضطراب الوظائف الدماغية في الجائز أن نسمم الدم بالميازما الآجاء في الحيات المتقطعة الخبيثة فينتج عنه زيادة عن ترسكم المادة البجمتية في أوعية الدماغ اضطرابات دماغية غير متعلقة به

وفي أحوال أخرى من الميلانيميا قد شاهد كل من (بلانز) و (فريركس) اضطراباً في وظائف الكلتيين فكان إفراز البول مقفوداً أحياناً وأحياناً ظهر فيها البول الزلالي وأخرى البول الدموي والاعتراضات التي ذكرت بالنسبة لتعلق الاضطرابات الدماغية بالانسداد أوعية هذا العضو فقال أيضاً بالنسبة لتعلق وظائف الكلتيين بالانسداد أوعيةهما وأقله التعلق المستقر الملازم لهما فقد شاهد فريركس ظهور البول الزلالي بدون وجود مادة بجمتية في الكلى كما أنه شهد عكس ذلك أعني فقد البول الزلالي مع وجود مادة بجمتية في الكلى ولو بكمية قليلة كما أنه انضم له

عند وجود البول الزلال الى ازيد احتواء البول على المادة الزلالية في أثناء
النوبة الحمية وتناقصه في أثناء الفترة وزيادته بالكلية وحينئذ لا ينكر ان
تسهم الدم بالميازما الآجاء **كما** من احداث اضطراب في تغذية الكلية
وظيفة مما بدون انسداد وعانى كما هو الواقع فيما يماثل هذا المرض من
الامراض المماثلة

وبالجملة فقد شاهد (فرير كس) في الميلا نيميا انزفة معدية منهكة واسهالا
غزيرا وانسكابا مصليا حارا في تجويق البريتون وانسكابا دموية
في الطبقة المصلية المعوية ومن البعيد للعقل نسبة تلك الظواهر الى
انسداد أوعية الكبد وركود الدم في جذور الوريد الباب فان الكبد
وان كان هو العضو الأكثر احتواء على المادة البجمتية بعد الطحال طبقا
لجميع الاحوال التي شاهدها (فرير كس) الا ان هذه الظواهر التي ظهر انما
ناجبة عن اضطراب دوري في جذور الوريد الباب لم تكن قارة ولا كثيرة
الحصول كالظواهر الدماغية وزيادة عن ذلك فان الانزفة المعوية التي
شاهدها (فرير كس) في ثلاثة أحوال كان فيها تقطع واضح واستعصت على
جميع الوسائط العلاجية التي تقاوم بها الانزفة بدون واسطة وزات
باستعمال مقدار عظيم من الكينين ولذا ان (فرير كس) ينسب الموت في أحد
الاحوال الثلاثة المذكورة الى الاهمال في استعمال الكينين

ثم انه بعد ذكر الاعتراضات التي قيل بها بالنسبة لتعلق الاعراض السابق
ذكرها بالميلانيميا ونسبتها الى المبق علينا الاذ كر قليل من الظواهر التي نعلم مع
التأكد انها متعلقة بالميلانيميا نفسها وليست نتيجة لاسطية للتسمم
الآجاء ومن ذلك التلون المسمر للجسد الناتج عن كثرة تراكم المادة البجمتية
في اوعيته ووجود المادة البجمتية في الدم بواسطة الميكروسكوب وتلون
الجلد في الاحوال الحقيقية يكون سنجيا وبنجا واسمر مصفرا في الاشكال
التي تليها من هذا المرض فان وجود هذا التلون في شخص كان معتريه منذ
زمن كثير اطول أو قابله حتى متقطعة شديدة مصعية وانضح ان الحمى
المتقطعة التي كانت اعترته حصلت في زمن تساهل وباء خفيث من هذا
المرض وانك تسببت شكل المتقطعة العصبية جازالظن القوي بوجود

الميلانية ووجب البحث حينئذ عن الدم بواسطة المكروسكوب
 * (المعالجة) *

أما الوسائط الواقية والمعالجة السببية لهذا المرض فانها تشغل على الوسائط
 التي ذكرناها في المعالجة الواقية عند الكلام على معالجة الحيات المتقطعة
 الخبيثة

وأما تمام ما استدعيه المعالجة المؤسسة على طبيعة الميلانية فليس لنا قدرة
 عليه فاما لانعرف وسائط علاجية تبها يمكن تبخير المادة البجمتية من
 الدم

وأما المعالجة العرضية فنستدعي في الاحوال الحديثة استعمال المركبات
 الحديدية وتديرا غذائيا لا تقا فان ثلاثي الكرات الدموية الحمر وفسادها
 كما ينتج عنه الميلانية ينتج عنه أيضا صفة خلوية في الدم كما تبه على ذلك
 (فريركس) وكثيرا ما تفقد الصفة الأخيرة فيما بعد مع بقاء الاولى وقد شاهدت

حالة مضي فيها على المريض عدة أشهر حتى عادت له قواه مع استعمال
 المركبات الحديدية استعمالا مستقرا بحيث أمكنه التصدي

بجميع الاشغال الشاقة ولم يبق عنده أدنى تغير سوى التغير

الخاص بالجلد وبعد ان هلك بالتماب رتبوى بعد

مضى جملة من السنين ظهر في جنته

علامات واضحة من

الميلانية

تم المقالة الثانية بعون الله تعالى ويليه المقالة الثالثة

